



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO**

ANA SUZETE BAESSA MONIZ

**OS DESAFIOS DA REINSERÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA DOS UTENTES
DO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL AGOSTINHO NETO
EXTENSÃO TRINDADE EM CABO VERDE**

RIO GRANDE/RS

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO

ANA SUZETE BAESSA MONIZ

OS DESAFIOS DA REINSERÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA DOS UTENTES
DO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL AGOSTINHO NETO
EXTENSÃO TRINDADE EM CABO VERDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Curso de Mestrado - Universidade Federal do Rio Grande. Área de concentração: Enfermagem e Saúde - Linha de pesquisa: tecnologias de enfermagem/saúde a indivíduos e grupos sociais.

ORIENTADORA: PROFA. DR^a MARA REGINA SANTOS DA SILVA

RIO GRANDE/RS
2017

ANA SUZETE BAESSA MONIZ

**OS DESAFIOS DA REINSERÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA DOS
UTENTES DO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL AGOSTINHO
NETO EXTENSÃO TRINDADE EM CABO VERDE**

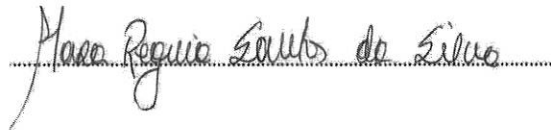
Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela banca examinadora para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem e aprovada na sua versão final em 13/02/2017, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Giovana Calcagno Gomes

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

BANCA EXAMINADORA



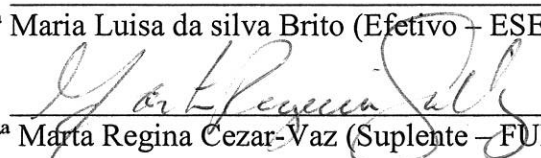
Dr^a Mara Regina Santos da Silva (Presidente – FURG)



Dr^a Adriane Maria Netto de Oliveira (Efetivo – FURG)

Dr^a Milena Hohmann Antonacci (Efetivo – IFPR)

Dr^a Maria Luisa da Silva Brito (Efetivo – ESEnfC)


Dr^a Marta Regina Cezar-Vaz (Suplente – FURG)

Dr^a Sonia Silva Marcon (Suplente - UEM)

M744d Moniz, Ana Suzete Baessa

Os desafios da reinserção familiar e comunitária dos utentes do serviço de psiquiatria do Hospital Agostinho Neto extensão Trindade em Cabo Verde/Ana Suzete Baessa Moniz. - Rio Grande: [s.n], 2017.
99 f.

Orientadora: Profª Drª. Mara Regina Santos da Silva
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande -
Programa de Pós - Graduação em Enfermagem.
Referências bibliográficas: f. 85-91.

1. Reinserção familiar. 2. Reinserção comunitária. 3. Transtorno mental. 4.
Família I. Silva, Mara Regina Santos da. II. Universidade Federal do Rio
Grande. III.Título

CDU: 613.6.027

Catálogo na fonte: Bibliotecária Luciane Silveira Amico Marques – CRB 10/2375

RESUMO

MONIZ, A. S. B. Os desafios da reinserção familiar e comunitária dos utentes do serviço de psiquiatria do hospital Agostinho Neto Extensão Trindade em Cabo Verde. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS, 2017.

A reinserção familiar e comunitária de uma pessoa com transtorno mental grave tem sido um desafio não só para as famílias, mas, também, para os profissionais da saúde, o Estado e a sociedade em geral. É um processo capaz de gerar um impacto positivo na vida de pessoas com históricos de internações recorrentes em hospitais psiquiátricos, desde que existem estruturas de apoio às famílias que recebem os utentes após a alta hospitalar. O objetivo geral deste estudo é aprofundar a compreensão sobre os desafios enfrentados pelas famílias de utentes do Serviço de Psiquiatria do Hospital Agostinho Neto Extensão Trindade, de Cabo Verde/África, após a alta hospitalar. Especificamente, objetiva: 1) Caracterizar os utentes com histórico de reinternações no período 2010-2015, no serviço de Psiquiatria do Hospital Agostinho Neto Extensão Trindade, quanto aos aspectos sócio demográficos, principais transtornos que motivam a internação e número de internações; 2) Identificar os fatores que favorecem e/ou dificultam a reinserção familiar e comunitária desses utentes; 3) Identificar as necessidades consideradas como prioritárias pelas famílias dos utentes do Serviço de Psiquiatria do Hospital Agostinho Neto Extensão Trindade, após a alta hospitalar visando a reinserção comunitária e familiar; Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de natureza qualitativa desenvolvido com duas fontes de dados. A primeira constituída pelos prontuários dos utentes do serviço de psiquiatria em foco, de onde foram obtidos dados relativos à: idade, sexo, estado civil, número de filhos, escolaridade, ocupação, diagnóstico médico principal e número de internações. A segunda fonte é constituída pelas informações de trinta familiares de utentes desse serviço, selecionados com base nos seguintes critérios: ter um familiar portador de transtorno mental, utente do serviço onde este estudo foi desenvolvido; residir na cidade da Praia/Cabo Verde/África e ter 18 anos ou mais. Esses dados foram gerados a partir de entrevistas semi estruturadas, realizadas no mês de Julho de 2016, no domicílio dos familiares e após foram submetidos a análise temática, balizada pelo conceito de empowerment que, neste estudo foi utilizado como referencial teórico. Os resultados mostram que a idade dos utentes variou entre 19 e 80 anos, a maioria é masculino, solteiro, com escolaridade fundamental, são residentes na cidade da Praia/Santiago e os diagnósticos mais frequentes são transtornos bipolares e do pensamento, tipo esquizofrenia. Como fatores facilitadores a rede social apoio primária e secundária, incluindo a família nuclear, extensa e a comunidade e, além desses, a adesão a medicação. Por outro lado, o desconhecimento da doença, o fácil acesso as bebidas alcoólicas e outras drogas assim como a não permanência do utente em casa são fatores que dificulta, a reinserção familiar e comunitária dos utentes do serviço de Psiquiatria Trindade. Dentre as necessidades consideradas prioritárias, apontadas pelas famílias estão: necessidade de cuidado individualizado ao familiar cuidador; necessidade de inclusão nos serviços de saúde da comunidade; necessidade de identificar e mobilizar as potencialidades da pessoa com transtorno mental. Conclui-se que os desafios enfrentado pelas famílias de utentes do Serviço de Psiquiatria do Hospital Agostinho Neto Extensão Trindade, de Cabo Verde/África, após a alta hospitalar torna-se complexo pelas inúmeras dificuldades entre os

quais a inexistência de serviços comunitários específicos, constituindo-se como um empreendimento que demanda trabalho integrado entre enfermeiros, família, Estado e a sociedade, tendo como referência que o apoio e capacitação as famílias através da visita domiciliária e o empowerment é essencial no processo.

Descritores: Reinserção familiar; reinserção comunitária; Transtorno mental; Família; Enfermagem; Empowerment.

ABSTRACT

MONIZ, A. S. B. The challenges of family and community reintegration of the users of the psychiatry service of Agostinho Neto hospital Extension Trinity in Cape Verde. Dissertation of the Post Graduation degree in Nursing) Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS, 2017.

Family and community reintegration of a person with severe mental disorder has been a challenge not only for the families but also for health professionals, the State and the society in general. Is a process capable of generating a positive impact in the lives of people with history of recurrent hospitalizations in psychiatric hospitals, since there are structures of support to families that receive the patients after the discharge from the hospital. The general objective of this study is to deepen the understanding of the challenges faced by families of Service users of Agostinho Neto Hospital, Psychiatry Trinity, Extension of Cape Verde/Africa, after the discharge from the hospital. Specifically, it aims to: 1) Characterize the users with a history of recurrent hospitalizations in the period 2010-2015, in the Psychiatry Service of Agostinho Neto Hospital Extension Trinity, on the socio-demographic aspects, main disorders that motivate the hospitalization and number of hospitalizations; 2) to identify the factors that encourage and/or difficult family and community reintegration of these users; 3) identify needs considered as priorities for the families of the users of the Psychiatry Service of Agostinho Neto Hospital, Extension Trinity, after hospital discharge aiming the reintegration on the community and families; This is an exploratory, descriptive study of qualitative nature developed with two data sources. The first consisting of charts of the psychiatry service users in study, from who we obtain data related to: age, sex, civil state, number of children they have, secularity, occupation, principal medical diagnose and the number of hospitalizations. The second source consists of the 30 members of the families users giving information's about this service, selected on the basis of the following criteria: -have a mental disorder family member, user of the service from which this study was developed; reside in the city of Praia-Cape Verde/Africa and have 18 years or more. These data were generated from semi-structured interviews, being done in July 2016, in the home of the family members and after being submitted to thematic analysis, based on the concept of empowerment that in this study was used as a theoretical referential. The results show that the users ' age ranged between 19 and 80 years, most are male, single, with fundamental schooling, are resident in the city of Praia/Santiago and the most frequent diagnoses are bipolar disorders and thought alterations like schizophrenia. As facilitator's factors is the social network as primary and secondary support, including the nuclear family, extensive and the community and, in addition, adherence to medication. On the other hand, the lack of knowledge about the disease, the easy access to alcohol and other drugs so as not to remain in the home are factors that difficult , the family and community reintegration from the patients. Users of service of Psichiatria in the Trinity extension. Among the needs considered priorities, pointed out by families are: need individualized care to familiar caregiver; need for inclusion in community health services; need to identify and mobilize the potential of the person with mental disorder. It is concluded that the challenges faced by families of Service users of Agostinho Neto Hospital Psychiatry Trinity, Extension of Cape Verde/Africa, after hospital discharge becomes complex by the many difficulties including lack of specific community services, constituting itself as a development which demands integrated work between nurses, family, State and society,

with reference to the training and support families through home visits and that the empowerment is essential in the process.

Key words: Family Reintegration; community reintegration; mental disorder; Family; Nursing; Empowerment.

RESUMEN

MONIZ, A. S. B. Retos de la reinserción familiar y comunitaria de los usuarios del servicio de Psiquiatría del Hospital Agostinho Neto extensión Trinidad en Cabo Verde. Tesis (Maestría en Enfermería)-Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande/RS, 2017.

La reintegración familiar y comunitaria de una persona con trastorno mental severo ha sido un reto no sólo para las familias, sino también para profesionales de la salud, el estado y la sociedad en General. Es un proceso capaz de generar un impacto positivo en las vidas de las personas con historia de hospitalizaciones recurrentes en hospitales psiquiátricos, ya que hay estructuras de apoyo a las familias que reciben los clientes después del alta hospitalaria. El objetivo general de este estudio es profundizar en la comprensión de los desafíos que enfrentan las familias de los usuarios del servicio de Psiquiatría del Hospital Agostinho Neto, extensión de Trinidad, de Cabo Verde / Africa, después del alta hospitalaria. En concreto, el objetivo es: 1) Caracterizar a los usuarios con una historia de reinternações en el período 2010-2015, en lo servicio de psiquiatria del Hospital Agostinho Neto, extensión Trinidad en cuanto a los principales aspectos socio-demográficos, los principales trastornos que motivan la hospitalización y el número de hospitalizaciones; 2) Identificar los factores que favorecen odificultam la reinsercion familiar y reintegración comunitaria de estos usuarios; 3) identificar las necesidades consideradas como prioridades para las familias de los usuarios de lo servicio psiquiatría del hospital Agostinho Neto, extensión Trinidad, después del alta hospitalaria dirigidas a la reintegración a la comunidad y familiar; Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo, de naturaleza cualitativa desarrollado con dos fuentes de datos. El primer compuesto de proceso de los pacientes del servicio de Psiquiatría en foco, donde se obtuvieron los datos: edad, sexo, estado civil, número de hijos, nivel educativo, ocupación, diagnóstico médico principal y número de hospitalizaciones. La segunda fuente consta de las informaciones de 30 miembros de la familia de los usuarios de este servicio, seleccionados en base a los siguientes criterios: tienen un familiar portdor de un trastorno mental, del servicio de que se desarrolló este estudio; residir en la ciudad de Praia-Cape Verde/África y tener 18 años o más. Estos datos se obtuvieron de entrevistas semi estructurada, realizadas en Julio de 2016, en las casas de pacientes y después fueram sujetos a el análisis temático, guiado por el concepto de empoderamiento, que en este estudio se utilizó como marco teórico. Los resultados muestran que la edad de los usuarios entre 19 y 80 años, maioria son hombres, solo, con educación básica, son residentes en Praia en Santiago y los diagnósticos más frecuentes son trastornos bipolares y del pensamiento, como esquizofrenia. Como factores facilitadores son la red social de apoyo primaria y secundaria, entre ellas la familia nuclear, extensa y la comunidad y, además, adherencia a la medicación. Por otro lado, la falta de conocimiento acerca de la enfermedad, el fácil acceso al alcohol y otras drogas assim como la non permanencia en el hogar son factores que, dificulta, la reintegración familiar y comunitaria de los usuarios del servicio de psiquiatría deTrinidad. Entre las necesidades consideradas prioridades, señaladas por los familias son: necesidad de atención individualizada al cuidador familiar; necesidad de inclusión en servicios de salud comunitarios; necesario identificar y movilizar el potencial de la persona con trastorno mental. Se concluye que los desafíos que enfrentan las familias de los usuarios del servicio de psiquiatria del Hospital Agostinho Neto extension de Trinidad, de Cabo Verde, África, después de la descarga

hospitalar se vuelve compleja por las muchas dificultades como la falta de servicios específicos a la comunidad, constituyéndose como un desarrollo que exige el trabajo integrado entre el personal de enfermería, familia, estado y sociedad, siendo como referente la capacitación y el apoyo de las familias mediante visitas domiciliarias y el empoderamiento esencial en todo el proceso.

Palabras clave: reintegración de la familia; reintegración de la comunidad; Trastorno mental; Familia; Enfermería; Empoderamiento.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa de Cabo Verde.....	41
Figura 2: Serviço de Psiquiatria HAN-Extensão Trindade.....	43
Figura 3: Modelo esquemático dos fatores que facilitam e/ou dificultam o processo de re inserção familiar e comunitária das pessoas com transtorno mental.	48
Figura 4: Necessidade das famílias no processo da re inserção familiar e comunitária	49

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
OBJETIVO GERAL:	19
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	19
REVISÃO DA LITERATURA	21
Revisando o processo de reestruturação da assistência em saúde mental	21
Sistema de Saúde de Cabo Verde	27
Famílias que convivem com a doença mental	31
Comunidade/relações sociais	35
A enfermagem no cuidar das famílias que convivem com o transtorno mental no seu cotidiano	37
REFERENCIAL TEÓRICO	41
METODOLOGIA	45
Tipo de estudo	45
Local do desenvolvimento do estudo	45
Fonte de dados	48
Coleta de dados	49
Análise dos dados	50
Aspectos éticos do estudo	50
RESULTADOS	52
Artigo 1:Os desafios da saúde mental em cabo verde: um estudo com famílias de pessoas com transtorno mental grave.....	54
Artigo 2: Necessidades das familias de pessoas com transtorno mental de Cabo Verde	59
CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS	85
APÊNDICES	95

INTRODUÇÃO

O processo de reinserção familiar e comunitária de uma pessoa com transtorno mental grave tem sido um desafio não apenas para aquelas envolvidas diretamente com a própria pessoa e sua família, mas, também, para os profissionais que com eles trabalham, os gestores dos serviços de saúde, o Estado e a sociedade em geral. Particularmente, à família tem sido atribuído papel relevante nesse processo de reinserção que assumiu maior destaque a partir da instauração do processo de reestruturação da assistência em saúde mental, desencadeado em diversos países (VICENTE, 2013).

A família que recebe em casa uma pessoa após a alta hospitalar passa a conviver diariamente com a doença mental que, embora esteja presente em sua história não era vivenciada de forma cotidiana, uma vez que o utente¹ estava internado em uma instituição. Essas famílias se deparam com as repercussões dos transtornos mentais que incidem sobre os relacionamentos familiares e comunitários e se manifestam através de conflitos interpessoais, isolamento social, negligência, rejeição, entre outros.

Muitas vezes, essas famílias não têm os recursos humanos e materiais mínimos que poderiam instrumentalizá-la para administrar os problemas que passam a enfrentar, incluindo dentre esses, o desconhecimento sobre a patologia, os sinais e sintomas próprios da doença, os efeitos adversos do uso dos medicamentos e os recursos onde podem buscar ajuda. Esta situação coloca em evidência uma dissonância entre a política de saúde mental adotada em diversos países e os recursos reais e efetivos disponibilizados para a família desempenhar seu papel de acolhedora e responsável pelo seu familiar portador de transtorno mental.

Da mesma forma, evidencia que a reestruturação em foco é capaz de ter impacto positivo na vida de muitas pessoas portadoras de transtornos mentais, mas a manutenção desta positividade depende da existência de estruturas de apoio às famílias que assumem os cuidados destas pessoas após a alta hospitalar, e da (re) organização dos serviços comunitários, com a finalidade de criar condições para que a reinserção comunitária esteja ao alcance das pessoas e das famílias de forma igualitária.

Na concepção utilizada neste estudo, a reinserção é um processo que visa a integração ou (re) integração da pessoa com transtorno mental grave na família e na

¹ Utente – usuário, cliente.

comunidade, com possibilidade de reestruturação da vida pessoal e recuperação da auto-imagem. Envolve, portanto, a construção de um projeto de vida integrado na vida comunitária, satisfatório e sustentável que demanda apoio da família (CARVALHO, 2007). Nesta perspectiva, a reinserção da pessoa com transtorno mental envolve os profissionais e família ajudando o utente a recuperar o convívio com seus pares e a restauração, no melhor nível possível, da autonomia e poder de decisão sobre sua vida, com vistas a atingir um nível de funcionamento mais independente, na família e na comunidade. É, pois, um processo de (re) inserção a partir de uma internação em uma instituição psiquiátrica (GENEV; LIMA, 2015).

Após a internação, a pessoa com transtorno mental grave volta para o convívio com a família e comunidade, as quais nem sempre estão preparadas para receber a pessoa com transtorno mental grave de forma que ela possa se reinserir no seio familiar e na comunidade. Consequentemente a família incorpora a doença à vida cotidiana, utilizando recursos adaptativos, como identificar um cuidador, lidar com os encargos objetivos como administração dos medicamentos, higiene corporal, alimentação, e vigilância, sobrecarga física, psicológica, o estigma e os sentimentos decorrentes (BESSA; WAIDMAM, 2013)

A família e a pessoa com transtorno mental grave em Cabo Verde não se exclui deste cenário, pois ela não se encontra preparada para assumir a responsabilidade de cuidar do seu familiar com transtorno mental após a alta hospitalar. Praticamente sozinha, sem o suporte necessário para efetivar esse cuidado, ela procura por esforço próprio a forma mais adequada para cuidar do seu familiar doente. Cabo Verde dispõe de uma Política Nacional de Saúde [PNS], destinada a responder adequadamente às necessidades e às expectativas dos utentes do Sistema Nacional de Saúde (SNS), como fator incontornável do desenvolvimento social e econômico. A formulação das Políticas baseia-se no conhecimento o mais exacto possível das necessidades de saúde da população, dos problemas de gestão do setor da saúde e no envolvimento de um número relevante de indivíduos e na importância devida aos determinantes de saúde específicos do País (POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DE CABO VERDE, 2007). O sistema de saúde não dispõe de uma política direccionada a saúde mental, tem somente um Plano Estratégico Nacional de Saúde Mental elaborado em 2009 com base em dados do único estudo epidemiológico dos transtornos mentais realizado na década de 80. O sistema não possui

dados atuais sobre a real situação da doença mental no país e, conseqüentemente não são desenvolvidos as políticas direcionadas as reais necessidades dos utentes e das famílias.

Perante essa realidade as famílias cabo-verdianas com familiar portador de transtorno mental grave recebem assistência nos momentos de crise nos serviços de urgência do Hospital Central Agostinho Neto (HAN), no serviço de psiquiatria e nas consultas de rotinas. Enfrentam várias dificuldades, pois elas não estão e nem são preparadas para receberem o familiar com transtorno mental em casa, sentem-se vulneráveis, como consequência o doente volta a reinternar no hospital psiquiátrico, o que se constitui em uma situação cíclica, que oscila entre a alta e o reinternamento. Corroborando Barbosa (2011) refere que a pessoa com transtorno mental e seus familiares vivenciam momentos difíceis que se tornam cíclicos, durante os quais geralmente perdem a capacidade de manter o controle sobre os problemas que surgem durante o convívio no domicílio. Em consequência, o familiar doente pode ter recaídas, com crises frequentes e várias reinternações psiquiátricas, fenômeno este designado de porta giratória.

Essa foi uma das realidades que eu, como enfermeira, atuando no Serviço de Psiquiatria do Hospital Agostinho Neto Extensão Trindade, em Cabo Verde (SPHANET), observo desde 2012 quando iniciei o trabalho com utentes mentais nessa instituição. Utentes que tinham alta e, em curto período de tempo voltavam a reinternar. No momento do reinternamento as famílias relatavam as dificuldades enfrentadas em casa, dentre essas, a não adesão à medicação, o consumo de álcool e outras substâncias psicoativas por parte do utente, o sair de casa sem rumo, a agressividade física e verbal, a insônia e o sentimento de impotência perante essas situações. Na maioria das vezes eram os familiares mais próximos, mãe, irmã, tias que assumiam o cuidado, enquanto os demais não apoiavam nos cuidados que o utente requer durante a sua permanência no domicílio.

As famílias cabo-verdianas, praticamente não dispõem do apoio de serviços de saúde nas comunidades para cuidarem do seu familiar doente com transtorno mental. Perante uma situação de crise ou agressividade muitas vezes as famílias solicitam o apoio da polícia Nacional e o serviço de urgência do (HNA) na Ilha de Santiago. Ao dar entrada no serviço de urgência, o familiar doente é avaliado pelo médico do serviço, depois é chamado o médico psiquiátrico de urgência e, segundo a avaliação deste último, o utente pode ser

medicado e concedida alta ou encaminhado pela viatura da urgência para o Serviço de Psiquiatria Trindade, que é uma extensão do Hospital Agostinho Neto, onde será internado.

Depois de permanecer algum tempo internado, recebe alta e a partir daí se inicia uma das principais preocupações para as famílias cabo-verdianas, visto que na maioria das vezes elas não estão preparadas para cuidarem do seu familiar doente, como também gerenciarem as situações de crise que o utente pode apresentar após retornar para o domicílio. Também não estão preparadas para prestarem os cuidados que o uso da medicação específica requer. Além disso, desconhecem os efeitos colaterais provocados pela medicação, assim como a patologia e os sinais indicativos de possíveis crises. No seu dia-a-dia, ao cuidarem do familiar doente, enfrentam inúmeras dificuldades, as quais são geradoras de vários sentimentos, como incerteza, medo, angústia, desamparo e solidão. Assim, se sentem sozinhas para cuidarem do familiar doente, sem apoio de outras pessoas e instituições.

Vicente (2013) refere que a convivência no contexto familiar pode gerar sentimentos variados, entre os quais o medo diante das atitudes do utente, especialmente nos momentos em que ele se torna agressivo, pois, nesses casos, seus atos são imprevisíveis. As famílias se sentem vulneráveis e vêem a reinternação como única solução. Nesta mesma perspectiva, Barbosa (2011) afirma que a família é responsável por cuidar cotidianamente do seu familiar doente, assim como lidar com as alterações de comportamento, entre elas: alucinações, delírios, déficits cognitivos, alterações de humor e o estigma social. Além de acompanhar os comportamentos problemáticos, ainda precisam decidir se os episódios de crise necessitarão de atendimento no serviço de saúde mental, arcar com os gastos de levar o familiar doente ao serviço de psiquiatria e superar as dificuldades dessas tarefas.

Ao chegarem no serviço de psiquiatria, a atenção dos profissionais de saúde é focada majoritariamente na pessoa doente, o que faz com que a família fique relegada ao segundo plano, sem receber a atenção que necessita. Nessas situações, pode-se dizer que esta é considerada somente como fornecedora de informações a respeito do utente, ou como provedora de material de higiene que deverão levar ao familiar, caso fique internado. Cabe destacar que no momento da alta é praticamente a mesma atuação, ou seja, toda a atenção é dirigida ao doente.

Gomes et al (2011) referem que os profissionais de saúde, na maioria das vezes, só se preocupam com o doente, com sua medicação e no momento da alta, fazem questão de realçar para os familiares que a única alternativa para que o familiar doente fique bem, em casa, é fazendo o uso correto da medicação, desvalorizando outros aspectos relevantes do cuidar, uma vez que este não se limita somente a administração da medicação. Na maioria das vezes, esquecem que a família também precisa de atenção e de acompanhamento adequado. Os profissionais se centram na doença e nos sintomas, esquecem que a pessoa é um ser biopsicossocial, inserido em uma família e numa comunidade, com seus valores e crenças. Da mesma forma, ignoram que as famílias enfrentam muitas dificuldades ao cuidar de um familiar com transtorno mental. Segundo Vicente (2013), a convivência com um familiar com transtorno mental grave é permeada por dificuldades decorrentes do descompasso temporal determinado pela incompatibilidade no ritmo de vida do utente e da família, o que gera desgaste emocional, físico, culpabilização pelo aparecimento da doença, sobrecarga financeira, conflitos e perdas de diferentes ordens.

Em Cabo Verde, a maioria dos utentes com transtorno mental são oriundos de famílias com baixo poder aquisitivo, incluindo também, a inexistência do rendimento familiar, os quais contribuem tanto para o não comparecimento nas consultas, quanto para a compra dos medicamentos. Como consequência, acabam por abandonar o familiar doente, o que contribui para a reinternação. Outro fator que dificulta a participação das famílias no processo de cuidar do utente com transtorno mental é o acesso ao Serviço de Psiquiatria do Hospital Agostinho Neto Extensão Trindade, devido principalmente a sua localização, distante 8 km da cidade, o que se agrava devido a precariedade do transporte público nessa região. Perante essa situação, para conciliar a vida cotidiana da família com o cuidado da pessoa com transtorno mental, geralmente um familiar precisa abdicar do seu trabalho para assumir a responsabilidade como principal cuidador dessa pessoa. Ao mesmo tempo, aumentam os gastos com medicação e alimentação, tornando-se dispendioso para a família, para o utente, para o estado e para as instituições hospitalares. Contribui, ainda, para agravar essa situação, o fato que após a alta as famílias se deparam com a inexistência de instituições direcionadas para o atendimento dos utentes com transtorno mental grave, nas comunidades de Cabo Verde.

Neste cenário, na ilha de Santiago o serviço de Psiquiatria do Hospital Agostinho Neto Extensão Trindade, continua sendo o único recurso onde as famílias encontram algum tipo de ajuda para cuidar do seu familiar com transtorno mental. Em síntese, em Cabo Verde, existem poucos recursos e os que têm não são divulgados para que as famílias possam procurar apoio no cuidado de seu familiar com transtorno mental. Essa realidade deixa estas pessoas com sentimentos negativos como a angústia, o medo, o desespero e o desamparo para assumir o cuidado do familiar doente. Em consequência, muitas acabam por desistir e abandonam seus familiares nas ruas, sem abrigo e sem proteção.

Quando o propósito é a reinserção comunitária e familiar, segundo Vicente (2013), conhecer a realidade das famílias é imprescindível pois isto contribui para que o enfermeiro possa atuar no sentido de prevenir agravos e propor intervenções que visem melhorar a qualidade de vida desses utentes e de suas famílias. Para que o trabalho de enfermagem com essas famílias seja efetivo é preciso sair do ambiente hospitalar e ir ao encontro deste grupo social e da pessoa doente no seu contexto real, conhecer seu cotidiano, as dificuldades que enfrentam, suas potencialidades e os recursos que dispõem. Concomitantemente é necessário dar voz às famílias para que se possa construir projetos terapêuticos coerentes com suas necessidades e do utente.

Nesta perspectiva o *empowerment* apresenta-se como uma estratégia de capacitação familiar e comunitária, pois considera a potencialização de competências que possibilitem as famílias no enfrentamento das situações que se apresentam na vivência com o familiar portador de transtorno mental. O conceito de *empowerment* está sustentado, portanto em uma ampla perspectiva social e pressupõe que a postura do profissional seja parte do desenvolvimento da autonomia da família e do indivíduo. Consequentemente cabe ao profissional criar oportunidades que permitam a família adquirir as habilidades para administrar efetivamente sua vida tornando-se competente no desempenho de seus papéis e tarefas de forma a promover o bem-estar individual e familiar (ZERBETTO; DUPAS, 2013).

Com este propósito, o *empowerment* das famílias constitui-se em uma estratégia importante a ser utilizada pela enfermagem do serviço de psiquiatria do hospital Agostinho Neto Extensão Trindade para conhecer a realidade e apoiar as famílias, ouvir suas preocupações, capacitá-las, empoderá-las e integrá-las no processo de cuidar do utente.

Além disso, possibilita a continuidade dos cuidados após a alta, a diminuição das elevadas taxas de reinternação, dos custos hospitalares, o abandono familiar, a sobrecarga dos profissionais de saúde, da família e, principalmente, a garantia de cuidados de saúde humanizados tanto para os utentes como para as famílias.

Corroborando Baptista (2011) refere que uma das intervenções da enfermagem é incluir as famílias em um programa de educação sobre o transtorno e seu tratamento, enfatizar as questões relacionadas com a medicação, assim como outras estratégias, entre elas grupos de auto-ajuda, terapia familiar, grupo de familiares, onde o foco deve estar nos problemas atuais da família, auxiliando-a na resolução de problemas e adoção de novas formas de lidar com os mesmos. As intervenções devem estar comprometidas com o *empowerment* das famílias para superarem cada novo desafio, capacitando-as para tomarem decisões, identificarem necessidades, a reinserção familiar e comunitária dos utentes, assim como também, investir no alcance do bem-estar do utente e da família.

Cabe destacar que três razões primordiais motivaram o desejo de desenvolver este estudo com estas famílias. A primeira surgiu a partir da minha prática profissional, pela observação e pelos relatos das dificuldades enfrentadas pelas famílias em lidar com o seu familiar doente após a alta hospitalar, principalmente nos momentos de crise. A segunda é a constatação da inexistência de apoio formal nas comunidades às famílias dos utentes com transtorno mental grave após a alta hospitalar e a terceira é a lacuna do conhecimento relativo a doença mental em Cabo Verde. O último estudo epidemiológico dos transtornos mentais foi realizado entre 1988 e 1989. De acordo com este, a prevalência de utentes mentais era de 4,3/1000 habitantes quando o país tinha pouco mais de 337 000 habitantes. Evidenciou ainda que em 2006, as doenças mentais e os distúrbios de comportamento ocupavam o 8º lugar entre as principais causas de morte. O predomínio da esquizofrenia era de 0,5/1000, enquanto o transtorno bipolar I e os transtornos de ansiedade e de sinais e sintomas somáticos, o predomínio era de 0,3/1000 e 1/1000 habitantes, respectivamente (PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL DE CABO VERDE, 2009-2013).

Tendo em vista que os dados disponíveis são da década de 80, esses não refletem a realidade atual da doença mental em Cabo verde tornando-se imprescindível identificar entre outras coisas, as famílias que convivem com um familiar com transtorno mental

grave; as necessidades enfrentadas por essas famílias para que se possa estabelecer políticas de saúde direcionadas às mesmas, assim como elaborar projetos terapêuticos que possam empoderá-las para que atuem de forma ativa no processo de reinserção familiar e comunitária do seu familiar doente.

Assim, com base nessas considerações que apontam, de um lado, as características do contexto de vida das famílias cabo-verdianas e, por outro, que o conhecimento acerca de como os utentes e suas famílias se organizam em seu dia-a-dia; onde vivem; o que fazem; como gerem o seu cotidiano; a convivência na comunidade, assim como a oferta de serviços de saúde existentes são determinantes para a continuidade do processo da reinserção familiar e comunitária das pessoas com transtorno mental grave, em função disso este estudo estabelece as seguintes questões norteadoras:

- 1) *Como se caracterizam os utentes do serviço de Psiquiatria Extensão Trindade do hospital Agostinho Neto, no período de 2010 a 2015?*
- 2) *Quais fatores favorecem e quais dificultam o processo de reinserção familiar e comunitária dos utentes?*
- 3) *Quais são as necessidades prioritárias da família cabo-verdiana quando a meta é a reinserção familiar e comunitária do utente do serviço de psiquiatria?*

OBJETIVO GERAL:

Compreender os desafios enfrentados pelas famílias de utentes do Serviço de Psiquiatria do Hospital Agostinho Neto Extensão Trindade, após a alta hospitalar no processo da reinserção familiar e comunitária.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar os utentes com histórico de reinternações no período 2010-2015, no serviço de Psiquiatria do Hospital Agostinho Neto Extensão Trindade, quanto aos aspectos sócio demográficos, principais transtornos que levam à internação e número de internações;
- Identificar os fatores que favorecem e/ou dificultam a reinserção familiar e comunitária dos utentes do Serviço de Psiquiatria do Hospital Agostinho Neto Extensão Trindade;

- Identificar as necessidades consideradas como prioritárias pelas famílias dos utentes do Serviço de Psiquiatria do Hospital Agostinho Neto Extensão Trindade, após a alta hospitalar visando à reinserção comunitária e familiar;

REVISÃO DA LITERATURA

Revisando o processo de reestruturação da assistência em saúde mental

No livro “*A História da Loucura na Era Clássica*” a internação de pessoas consideradas “loucas” realizada no século XVII não estava ligada ao tratamento ou à cura, mas sim a exclusão social com a finalidade de impedir as desordens sociais nos períodos de crise econômica e social. Essa exclusão iniciou com a inserção dos loucos nos leprosários, em seguida com a fundação do Hospital Geral de Paris em 1656, inaugurando a grande internação dos pobres e a libertação dos acorrentados de Bicêtre em 1794 (BATISTA, 2014)

O Hospital Geral tinha como objetivo recolher os pobres de Paris, pessoas de qualquer sexo, idade, válidas ou inválidas, louco, doentes ou convalescentes, curáveis ou incuráveis. Era uma instituição sem caráter médico, apenas uma espécie de entidade administrativa. Esse tipo de instituição se espalhou por toda a Europa, especialmente na França, Alemanha e Inglaterra, muitas delas estabelecidas dentro dos muros dos antigos leprosários e eram mantidas com dinheiro público (BATISTA, 2014).

A loucura por volta da metade do mesmo século era vista sob vários enfoques: o de Homero com um enfoque mitológico-religioso; o de Eurípedes com a concepção passional ou psicológica; e o de Hipócrates e Galeno com as disfunções somáticas. O tratamento moral, construído entre o final do século XVIII e o início do século XIX por Pinel (França), Tuke (Inglaterra), Chiaruggi (Itália) e Todd (Estados Unidos) é considerado o primeiro movimento de Reforma Psiquiátrica na História da Loucura que contribuiu para o nascimento da Psiquiatria como uma especialidade médica e do asilo (ANDRADE E ROSA, 2014).

A mudança do olhar da Psiquiatria sobre o louco teve início na segunda metade do século XX. Na década de 50 do século XX os hospitais psiquiátricos internavam doentes em tempo integral tendo um longo período de permanência, chegavam a ficar superlotados, com funcionários insuficientes para atender à demanda. Devido a essas condições foram alvos de muitas denúncias de maus tratos e com base nessas críticas ocorrerem várias reformas no setor entre os quais o surgimento de dois grupos com pressupostos diferentes:

1) Os que defendiam a psiquiatria reformada, implicando a reformulação interna das instituições para que se tornassem, de fato, terapêuticas (a comunidade terapêutica, na Inglaterra, e a psicoterapia institucional, na França), que propunham estender a psiquiatria ao espaço público psiquiatria comunitária;

2) Os que defendiam uma ruptura radical com a psiquiatria tal como se conhecia, dividindo-se entre a antipsiquiatria (Inglaterra, década de 1960) e aqueles que defendiam a Psiquiatria Democrática, como o italiano Franco Basaglia (BATISTA, 2014).

Basaglia propunha não somente a erradicação dos manicômios na Itália, que teve início a partir de 1973, incluindo também a desconstrução dos saberes, práticas e discursos psiquiátricos. A questão não era a doença em si, mas a relação que com ela se estabelecia. Ao assumir a direção do Hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia, a partir de 1961, Basaglia introduz o conceito de comunidade terapêutica, ou seja, transformar o manicômio em um hospital de tratamento de fato, uma etapa transitória no processo de cura, para que posteriormente fosse superado e substituído por um sistema alternativo de serviços (BATISTA, 2014).

Consequentemente na França no ano de 1945 deu-se o início da psiquiatria de setor e em 1960 foi incorporada como política oficial de saúde mental, tendo como prioridade o tratamento do doente em sua própria comunidade. Foram criadas equipes multidisciplinares compostas por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais para prevenir e tratar as doenças mentais sem muros ou confinamentos. O hospital era usado apenas como coadjuvante para auxiliar no tratamento. A reforma na França tinha como objetivo substituir o modelo excludente e isolacionista, baseado na repressão, pela emancipação do doente mental e sua reintegração à sociedade (BATISTA, 2014).

Acompanhando os movimentos reformistas em Psiquiatria, no Brasil, o processo da reforma psiquiátrica iniciou mais concretamente no final da década de 70, com base nos pressupostos da Psiquiatria Democrática Italiana e da Reforma Sanitária Brasileira, num amplo e desafiador movimento político, econômico, jurídico, social e cultural em direção à mudança e transição do modelo assistencial no país (JUNIOR et al, 2016). No período entre 1978-1991 surgiram os primeiros movimentos em prol da reforma psiquiátrica no Brasil, constituído por familiares, sindicalistas, trabalhadores, Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e profissionais de outras unidades hospitalares. Fundamentalmente

estava sustentada na denúncia de maus tratos que aconteciam no ambiente hospitalar, ou seja, uma crítica ao modelo de assistência psiquiátrica e ao modelo hospitalocêntrico (AMARANTE, 1998).

No ano de 1989 foi dada entrada no Congresso Nacional o projeto de lei do Deputado Paulo Delgado, objetivando a regulamentação dos direitos dos utentes portadores de transtornos mentais e, também, a extinção dos manicômios de forma progressiva no Brasil. Foi uma luta que trouxe o processo anti-manicomial para a área legislativa e normativa. Ainda no ano de 1990 ocorreu outro marco importante que contribuiu, ainda mais, para a reforma psiquiátrica que é a assinatura da Declaração de Caracas. Neste período o governo brasileiro assumiu a responsabilidade de assegurar os direitos humanos às pessoas com transtornos mentais e organizar os serviços comunitários de saúde mental. No ano de 1991 e 1992 foram aprovadas as portarias 189/91 e 224/92 do Ministério da Saúde, leis que criaram uma possibilidade para o Sistema Único de Saúde financiar programas de assistência extra-muros para as pessoas portadoras de transtorno mental e seus familiares, tais como Programas de Orientação, Lares Abrigados, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) (BARROSO; SILVIA, 2011).

No período 1992-2002 iniciou-se a implementação das redes extra-hospitalares, os diversos movimentos sociais, a partir da Lei Paulo Delgado, conseguiram aprovar em vários Estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. O Estado do Rio Grande do Sul foi o primeiro a institucionalizar a reforma psiquiátrica pelos Programas de Saúde Mental na Rede de Atenção à Saúde regidos pela Portaria 224/92, do Ministério da Saúde, que estabeleceu os princípios e as diretrizes da Política de Saúde Mental. Esses princípios preconizavam: a saúde como direito, a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação. Com base nesses princípios o Estado do Rio Grande do Sul estabeleceu as diretrizes da política de atenção integral à saúde mental balizados na reforma psiquiátrica enfatizando que o serviço deve garantir ao doente mental: o acolhimento, o vínculo, a responsabilidade e o contrato de cuidados (EICKHOFF, 2006).

Em Cabo Verde, a reforma psiquiátrica ainda não é uma realidade, porém os cuidados em Saúde Mental tiveram seu início no período pós-independência (1975), através de profissionais com formação em Psiquiatria do Hospital Central Agostinho Neto onde foi

criado, na época, o Serviço de Psiquiatria. Este serviço era denominado 5ª Enfermaria no qual internavam cerca de 150 pessoas que eram tratadas pelo médico responsável de outros serviços e que prestava assistência aos internos. Nessa época eram utilizados principalmente o electrochoque e a administração de dois psicofármacos disponíveis na ocasião: a Colpromazina (Largarctil) e a Prometazina (Fenergan). Os utentes ficavam sob os cuidados de dois enfermeiros e alguns serventes. De dois em dois anos se deslocava de Portugal um médico psiquiatra para fazer avaliação dos doentes (PLANO ESTRÁTEGICO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL DE CABO VERDE, 2009-2013).

Somente em 1976, com a inserção de um médico psiquiátrico permanente no hospital Agostinho Neto para atendimento dos utentes mentais iniciou a reestruturação do serviço de psiquiatria, de forma a proporcionar um tratamento mais humanizado. Foi abolido o tratamento com electrochoque, introduzidos outros psicofármacos e os profissionais como enfermeiros, serventes (agentes de serviços gerais) foram sendo formados, uma vez que eles não eram especialistas da área de psiquiatria. No mesmo ano foi elaborada a 1ª Estratégia Nacional de Saúde que veio trazer novas orientações, como a criação de um Centro de Psiquiatria Comunitária, que mais tarde recebeu a denominação de Serviço de Psiquiatria Extensão Trindade, com funções preventiva, curativa, de reabilitação, educativa, didática, administrativa e de saneamento (PLANO ESTRÁTEGICO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL DE CABO VERDE, 2009-2013).

Iniciou-se a partir de então a proposta de descentralização do atendimento dos utentes com a introdução da abordagem de psiquiatria comunitária, que na realidade foi a transferência do serviço de Psiquiatria do Hospital Central Agostinho Neto localizada/o na cidade da Praia Ilha de Santiago para a periferia da mesma, na localidade de Trindade no ano de 2003. Houve somente a mudança para um espaço físico com melhores condições e não a abordagem de psiquiatria comunitária, pois a assistência manteve-se a mesma até então. Segundo Heidrich (2007), a abordagem da psiquiatria comunitária é um processo complexo que não se limita as mudanças nos hospitais psiquiátricos ou na forma de atender os utentes mentais, ou somente a criação de serviços comunitários de saúde mental, de oficinas terapêuticas, equipes interdisciplinares, entre outros. Não basta negar o hospital ou desejar somente a humanização dos cuidados, é preciso operar uma transformação em vários níveis de relações na sociedade, iniciando pela questão técnica do tratamento indo

até a questão cultural, ou seja, uma transformação na forma como a sociedade se relaciona com a doença mental (PLANO ESTRÁTEGICO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL DE CABO VERDE, 2009-2013).

Para o Serviço de Psiquiatria Trindade foram redirecionados profissionais de saúde, incluindo psiquiatras, psicólogos, quatro assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, um enfermeiro psiquiátrico, serventes e cozinheiros. O Centro de Psiquiatria Comunitária foi construído na localidade de Trindade e equipado no âmbito do Projeto de Desenvolvimento Sanitário financiado pelo BAD (Banco do Desenvolvimento Africano) e pelo Governo de Cabo Verde, este local foi concluído no ano de 1989/1990 e entrou em funcionamento em 2003 (PLANO ESTRÁTEGICO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL DE CABO VERDE, 2009-2013).

Atualmente o Serviço de Psiquiatria do Hospital Agostinho Neto Extensão Trindade é o serviço de referência para as psicopatologias em todo o território nacional e recebe utentes das diversas ilhas do país. O serviço tem uma lotação de quarenta leitos, dividido em duas alas, masculina e feminina, as modalidades de tratamento aos doentes são de consultas externas (pessoas encaminhadas de outro serviço de saúde ou pessoas não internadas no serviço) e também aos doentes internados. A internação inclui os seguintes tratamentos: medicamentoso, psicoterapia e terapia ocupacional. Funcionam também alguns grupos, entre eles os grupos de ajuda mútua, de famílias realizado por psicólogos semanalmente, assim como grupo terapêutico de alcoólatras anônimos.

Em relação a outras ilhas no ano de 2000 iniciou o funcionamento do Centro de Terapia Ocupacional (CTO) da Ribeira de Vinha, na Ilha de São Vicente, que funciona como um Centro de Dia, de forma integrada com o ambulatório e enfermaria de psiquiatria do hospital Baptista de Sousa e ligado à Delegacia de Saúde. Em Outubro de 2008, foi aberta a enfermaria de Saúde Mental, no Hospital Regional João Morais, na Ribeira Grande na Ilha de Santo Antão (PLANO ESTRÁTEGICO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL DE CABO VERDE, 2009-2013).

Desde o ano de 1988 Cabo Verde possui um Programa de Saúde Mental com os seguintes objetivos: permitir a cada doente mental ter acesso ao tratamento psiquiátrico, promover ações de prevenção das doenças mentais, formar e sensibilizar os profissionais da atenção primária de saúde, assim como todos os profissionais que trabalham na prevenção e

detecção precoce dos transtornos mentais. Em 2009 foi elaborado o Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental (PESM), o qual está enquadrado na Política Nacional de Saúde, aprovada em 2007 tendo como diretrizes: garantir aos utentes mentais um acesso equitativo aos cuidados de saúde mental, isto é, incluir cuidados na atenção primária como também atividades de promoção e prevenção; definir o conjunto de cuidados secundários a serem prestados em nível regional; garantir pelo nível central do Programa de Saúde Mental, a coordenação, supervisão e apoio técnico aos outros níveis de saúde. Infelizmente essas diretrizes ou objetivos até então não foram alcançados, sendo somente aprovados e arquivados (PLANO ESTRÁTEGICO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL DE CABO VERDE, 2009-2013).

O Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental foi elaborado com o objetivo de ser um instrumento prático que procura, efetivamente, colocar a Saúde Mental como uma prioridade em Cabo Verde, no sentido de melhorar a qualidade de vida das pessoas com transtorno mental, reforçando os cuidados aos níveis secundário e terciário, mas sobretudo, assegurando a sua real integração na atenção primária, considerando o necessário desempenho deste nível de cuidados para consecução dos objetivos estipulados nesse plano até o ano de 2013 (PLANO ESTRÁTEGICO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL DE CABO VERDE, 2009-2013).

O primeiro estudo epidemiológico dos transtornos mentais em Cabo Verde foi realizado nos anos 1988 e 1989 (PESM, 2009). A amostra utilizada foi de 1468 pacientes psiquiátricos (707 mulheres e 761 homens) provenientes de todas as ilhas do país, à exceção da Ilha Brava. Esse estudo apontou uma prevalência de 4,3/1000 utentes mentais, logo o transtorno mental se constituía em um problema de saúde pública que afetava sobretudo a população na faixa etária entre 21 a 40 anos (PLANO ESTRÁTEGICO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL DE CABO VERDE, 2009-2013).

O estudo foi realizado com utentes que compareceram pelo menos uma vez na consulta de psiquiatria ou que foram hospitalizados no Serviço de Psiquiatria do Hospital Agostinho Neto Extensão Trindade. Destaca-se que a maioria dos utentes não compareciam às consultas, pois boa parte da população associa doença mental as causas sobrenaturais e feitiços e, por essa razão, recorrem às práticas tradicionais e às religiões. Ou seja, a mentalidade e as atitudes sociais, em geral, são discriminatórias e frequentemente as

famílias recorrem ao tratamento ou procedimentos baseados em crenças, experiências e religiões (PLANO ESTRÁTEGICO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL DE CABO VERDE, 2009-2013).

No mesmo estudo, destacou-se a elevada prevalência de utentes mentais na segunda ilha mais habitada de Cabo Verde, a Ilha de São Vicente. Provavelmente o aumento da prevalência está relacionada a acessibilidade às consultas de Psiquiatria ou outros fatores como a ingestão de substâncias psicoativas, álcool, estigma comunitário, que necessitavam ser investigados. A proporção de consultas de psiquiatria em crianças era extremamente reduzida (0,74/1000 habitantes). (PLANO ESTRÁTEGICO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL DE CABO VERDE, 2009-2013).

Na análise dos resultados por doença, evidenciou-se que a prevalência da esquizofrenia era de 0,5/1000, o que é considerado muito baixo em comparação aos dados mundiais que eram de 24 milhões de pessoas com esquizofrenia segundo a Organização Mundial de Saúde OMS (2002). Em relação ao transtorno bipolar I, a prevalência foi de 0,3/1000 que também se mostrou baixa em relação aos dados mundiais que acometia cerca de 450 milhões de pessoas, segundo OMS (2002). Por sua vez, a epilepsia tinha uma prevalência de 7 mulheres para cada 3 homens. Os dados em relação à depressão também foram baixos, levando a duas hipóteses: ou os utentes não procuram os serviços de saúde, ou a depressão maior é rara em Cabo Verde. Os transtornos de ansiedade e de sinais e sintomas somáticas/somáticos representavam 21% dos casos de doença mental, tendo a prevalência de 1/1000 habitante, também revelava-se baixa em relação às tendências mundiais que eram 450 milhões de pessoas (OMS, 2002).

Sistema de Saúde de Cabo Verde

Cabo Verde dispõe de um Plano Nacional de Saúde (PNS) elaborado pelo Estado em 2007-2020, tendo como pressuposto formular uma Política Nacional de Saúde [PNS], destinada a definir um novo quadro de referência para responder adequadamente às necessidades e às expectativas dos utentes do Sistema Nacional de Saúde (SNS), como fator incontornável do desenvolvimento social e económico do país. As Políticas são formuladas com base no conhecimento o mais exato possível das necessidades de saúde da população, dos problemas de gestão do setor da saúde e no envolvimento de

um número representativo de atores pertinentes e na importância devida aos determinantes de saúde (fatores políticos e institucionais, socioculturais, socioeconômicos, ambientais e geográficos) específicos do País. (PLANO NACIONAL DE SAÚDE, CABO VERDE, 2007).

O PNS tem como finalidade responder adequadamente às expectativas da população no que se refere aos serviços e cuidados a prestar; rever as condições de um novo equilíbrio para a sustentabilidade financeira dos serviços de saúde e definir o quadro de parcerias para clarificação do papel dos diversos intervenientes. Incorpora estratégias a longo prazo (2007-2020) e diretrizes que orientam a execução de políticas parcelares, nomeadamente de organização e gestão do setor, de prestação de cuidados, de desenvolvimento dos recursos humanos, de financiamento da saúde, de medicamentos, de instituições sanitária, da rede de estruturas sanitárias e de relacionamento com outros setores (PLANO NACIONAL DE SAÚDE, CABO VERDE, 2007).

Cabo Verde por ser um país em desenvolvimento médio tendo em conta as limitações socioeconômicas e face à transição demográfica e epidemiológica (doenças não transmissíveis tendem a superar, em frequência e gravidade, as doenças infecto-contagiosas), as políticas de saúde são formuladas de forma a equacionar as prioridades nesse domínio, ou seja, com base nos problemas que mais afetam a população:

- As taxas de mortalidade materno-infantil
- Doenças transmissíveis (tuberculose, lepra, infecções respiratórias agudas, infecção pelo VIH/SIDA, doenças preveníveis pela vacinação (Poliomielite. Sarampo, coqueluche), paludismo, cólera
- Doenças não transmissíveis (saúde buco-dentária, doenças alérgicas, transtornos mentais, situação alimentar e nutricional) (PNS, 2007).

É um sistema que por si só não consegue abarcar todas as despesas, por isso o desafio de manter a sustentabilidade financeira do sistema exige duas medidas simultâneas: rentabilizar a utilização dos fundos e aumentar a contribuição das fontes de financiamento do sistema. Isso pressupõe, nomeadamente, aumentar a proporção do orçamento do Estado enquanto primeiro provedor de recursos para a saúde, aumentar o pagamento indirecto dos cuidados, e por outro lado, obter do cidadão cabo-verdiano uma co-participação, direta ou indirecta, nos encargos com a sua saúde (PNS, 2007).

O sistema tem outras fragilidades como:

- Uma deficiente organização da rede hierarquizada por níveis de prestação e por tipo de estruturas;
- Uma distorção do conteúdo funcional previsto para cada nível, conduzindo à confusão de funções e de práticas e à perda gradual da coesão do sistema;
- A população da Praia e de Mindelo, cerca de um quarto do país, não é servida por uma rede adequada de centros de saúde de atenção primária, o que a leva a procurar esses cuidados no hospital central respectivo.
- Um sistema de referência e contra referência deficiente por ausência de normas estruturantes;
- Ausência de uniformidade nos equipamentos e aparelhos existentes nos estabelecimentos da mesma categoria da rede, seja de cuidados primários de saúde seja hospitalar, condicionada pela sua aquisição através da ajuda internacional.
- Relativamente a recursos humanos, o número de médico/habitantes que em 1997 era de 1/2.675 passou para 1/2.245 em 2006 e o rácio enfermeiro/habitantes evoluiu no mesmo período entre 1/1.807 e 1/1.034 (PNS, 2007)

Em termos de instituições prestadoras de cuidados o SNS possui além dos dois hospitais centrais, três hospitais regionais, vinte e dois centros de saúde, trinta e quatro postos sanitários, cento e dezessete unidades sanitárias de base, cinco centros de saúde reprodutiva e dois centros de saúde mental de Santiago e outra na Ilha de São Vicente), (PNS, 2007).

Em relação a saúde mental o PNS, estabeleceu as seguintes diretrizes até 2020:

- Assegurar o acesso equitativo aos cuidados de saúde mental, incluindo os cidadãos toxicodependentes;
- Integrar no conjunto de cuidados essenciais de atenção primária, atividades de promoção da saúde mental, junto as famílias e a comunidade, da prevenção, diagnóstico precoce, de acompanhamento e garantia do tratamento;
- Definir o conjunto de cuidados secundários a ser prestado no nível regional;
- Garantir, pelo nível central do programa de saúde mental, a coordenação, supervisão e apoio técnico aos outros níveis, de uma forma regular e programada.

Perante esse cenário torna-se evidente que Cabo Verde não despõe de uma política direcionada a doentes mentais porém apresenta uma Política Nacional de Saúde que apresenta estratégias que abarcam a população em geral dos quais a saúde mental também faz parte. O Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental de Cabo Verde (PESM, 2009/2013) foi elaborado pelo Governo tendo como um dos objetivos garantir que até 2013 todos os cabo-verdianos com transtorno mental e neurológico tenham acesso a especialistas e a tratamento mental, melhorando a capacidade nacional de diagnóstico e tratamento nos diferentes níveis de cuidados de saúde. Para alcançar esse objetivo, 70% dos profissionais das estruturas sanitárias seriam formados no domínio da saúde mental, para que todos os portadores de perturbações mentais tenham acesso a cuidados de médicos psiquiátricos e mais 19 especialistas da área de saúde mental. (PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL, 2009-2013).

Porém até a presente data a Saúde Mental em Cabo Verde se encontra na mesma situação, já se passaram cerca de sete anos após a aprovação do Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental e pouco mudou em relação ao atendimento, a formação dos profissionais, o acesso ao cuidados principalmente na atenção primária, na prevenção e promoção da saúde mental. Assim como em 2009 segundo o PESH 2009-2013 ainda hoje verifica-se que a cobertura nacional pelos profissionais de saúde mental é deficiente, pois 75% concentram-se na cidade da Praia e em São Vicente. O acesso ao atendimento especializado é deficiente; o atendimento dispensado aos utentes e às famílias é insuficiente e segmentário. Existe uma carência de informação aos utentes e familiares sobre o diagnóstico e o tratamento, assim como uma deficiência em relação à organização dos serviços para o acolhimento e apoio sócio-familiar dos utentes mentais, o que pode estar na base do fato de alguns dos utentes não retornarem para o tratamento ambulatorial. Os mecanismos de referência e contra referência entre as estruturas e serviços de saúde são poucos eficientes; há falta de seguimento do utente na comunidade e de articulação com os serviços de solidariedade comunitária, para apoio em casos de dificuldades. Quanto à medicação alguns da nova geração não estão na lista nacional de medicamentos por serem caros (NEVES, 2014).

Segundo (PNS, 2007-2020) o sistema dispõe somente de dois centros de saúde mental (uma na ilha de Santiago e outra na ilha de São Vicente), sendo um o serviço de

psiquiatria do hospital Agostinho Neto Extensão Trindade que se localiza a 8 km da cidade, onde se concentra um número maior de profissionais especializados, nomeadamente os psiquiatras e psicólogos que prestam atendimento aos utentes mentais oriundos de todas as ilhas do país. Praticamente não existem profissionais especializados na área de psiquiatria, em todos os serviços de saúde dispersos pelas ilhas para atenderem as pessoas com transtorno mental e suas famílias.

Nas comunidades não existe um serviço direcionado à saúde mental e os serviços de saúde que existem não estão preparados nem a nível da estrutura nem a nível dos profissionais para atenderem uma pessoa com transtorno mental e sua família. Praticamente todas as localidades possuem um centro de saúde que presta assistência a comunidade e somente alguns desses possui psicólogos que prestam assistência direcionados a saúde mental e os que não tem psicólogos, os médicos clínicos gerais fazem encaminhamento para o serviço de Psiquiatria Trindade. Os utentes assim como as famílias se sentem excluídos do sistema e das redes de saúde. Muitas vezes embora tendo dificuldades financeiras as famílias se deslocam da comunidade ou mesmo de outra ilha para o atendimento no serviço de Psiquiatria na cidade da Praia na ilha de Santiago para terem acesso a um atendimento especializado a saúde mental.

Nesta mesma perspectiva Neves (2014) afirma que enquanto os objetivos do PESM, 2009-2013, não são atingidos, o Estado, as unidades de saúde e as famílias continuam enfrentando constrangimentos no que diz respeito ao atendimento à problemática dos transtornos mentais. Isto é evidenciado pelas frágeis condições de internamento, quer em nível de espaço físico adequado como no número insuficiente de profissionais de saúde que não correspondem às demandas dos utentes, mas também pelos portadores de doença mental que se encontram nas ruas.

Famílias que convivem com a doença mental

Com a reforma psiquiátrica, à família vem sendo delegado o papel de principal provedora de cuidados e apoio ao seu familiar portador de transtorno mental. Porém, ela tem apresentado fragilidade nesse cuidar, sem preparação, sem suporte e sem conhecimento sobre a doença mental tentando sozinha desempenhar essa árdua tarefa. A família historicamente era excluída do tratamento dispensado às pessoas com transtorno mental,

pois os hospitais psiquiátricos eram construídos longe das cidades, o que dificultava o acesso dos familiares a essas instituições (BORBA et al, 2011). Com a reforma psiquiátrica deu-se a mudança do paradigma e as responsabilidades do cuidar da pessoa doente com transtorno mental começou a ser partilhada com a família.

Segundo Baptista (2011), nas últimas décadas o papel que as famílias desempenham nos cuidados a um familiar com transtorno mental, tem sido reconhecido como uma valiosa colaboração em conjunto com os serviços de saúde, no tratamento e reabilitação dessas pessoas, pois evidenciou-se que os utentes evoluem melhor quando têm o apoio da família. Assim, de causadora da doença mental, a família passou a ser considerada aliada nos cuidados com o doente, pois oferece suporte a esta pessoa, acolhendo-a e prestando cuidados que a ajudam a restabelecer a sua saúde. Corroborando Borba et al (2010), refere que a família deve ser vista como uma aliada fundamental e indispensável para a efetividade da assistência psiquiátrica e entendida como um grupo com grande potencial de acolhimento e ressocialização do seu familiar portador de transtorno mental.

A mudança da abordagem em relação à família foi um ganho importante para o utente mental assim como para a família, os profissionais de saúde e também para o Estado. Com o envolvimento da família nos cuidados de saúde ao utente mental assistiu-se a um aumento do número de pessoas com perturbações psicóticas de evolução crónica que se mantém inseridos na família, a utilizar os serviços apenas nas situações de descompensação aguda (SOUZA et al, 2016).

Porém, ao se fazer essa transferência não se levou em conta o preparo das famílias para assumirem essa responsabilidade. Como consequência esta vem enfrentando muitas dificuldades no cuidar do familiar doente, sem esquecer que na maioria das vezes não recebe nenhum apoio para assumir essa responsabilidade. Perante esse cenário, passaram a ser considerados o impacto do transtorno mental na família e a experiência do familiar com doença mental (GALERA, 2011).

Baptista (2011) afirma que a existência da pessoa com transtorno mental no seio familiar é gerador de ansiedade e tensão, que leva a família a passar por um processo de reorganização, na tentativa de buscar alternativas, ou seja cuidar de um familiar com transtorno mental tem sido um desafio para os familiares. Segundo Bessa e Waidman (2011), afirmam que as famílias modificam seus cotidiano com o advento da doença, pois

esta provoca, alterações na rotina diária, no sono, no ambiente familiar, conseqüentemente prejuízos para o trabalho e para a situação financeira. Estas modificações causam sofrimento à família, sobrecarga física e emocional principalmente no período adaptativo, devido à falta de preparo e orientação quanto ao transtorno mental e à assistência em saúde ao familiar doente.

Nesta mesma óptica, Gomes e Amendoeira (2011) realçam que é exigido das famílias o papel de cuidadora para o qual não estão preparadas, pois não compreendem o comportamento do familiar doente nem as manifestações da doença. Também não sabem lidar com a culpa que geralmente sentem pela doença do familiar, sentem-se sobrecarregados física e emocionalmente, o que os leva ao isolamento social. Corroborando Borba et al (2011), referem que cuidar da pessoa com transtorno mental tem sido um grande desafio para as famílias, pois envolve sentimentos intrínsecos à vivência de um acontecimento imprevisto a seus próprios preconceitos em relação à doença. Nesta perspectiva, a família como sendo uma das principais provedoras dos cuidados ao familiar doente com transtorno mental, no processo da desinstitucionalização, tem como resultado a sobrecarga física, mental e psicológicos.

Diante das dificuldades enfrentadas no cuidar e conviver com o familiar doente, a família busca soluções por meios próprios para superar ou minimizar o impacto negativo que essas dificuldades provocam no seio familiar tanto em nível da convivência, emocional, física e econômica. Para cuidar da pessoa doente por vezes o familiar/cuidador chega a abnegar o seu trabalho, o qual muitas vezes é o único meio de sobrevivência; mudam a rotina diária da família, bem como o ambiente doméstico.

A desinstitucionalização está marcada por um processo de reinserção familiar e comunitária, em que os cuidados do utente mental são atribuídos a família, a comunidade e aos profissionais de saúde (BRAGANÇA, 2013). Salles e Barros (2011) afirmam que ao sair de uma internação em hospital psiquiátrico, o sujeito em sofrimento psíquico sente a necessidade de estabelecer relacionamentos com as pessoas a sua volta, construir seu cotidiano e sua história de vida na sociedade à qual pertence. A pessoa doente que retorna do hospital psiquiátrico, posteriormente teve uma experiência de vida, que procura retomar com a alta hospitalar, as relações sociais isto é, ter um lugar na família e na comunidade.

A alta hospitalar de um utente mental é permeada de expectativas tanto dos familiares como do próprio doente. A família espera estar apta para cuidar do seu familiar doente, contribuindo assim para que o familiar tenha uma vida saudável e que o mesmo não volte a reinternar. O familiar doente por sua vez espera conseguir inserir-se no seio familiar e dar o seu contributo como um membro da família. Essa aproximação familiar é uma conquista importante, porém se constata que os familiares, na maioria das vezes se deparam com desafios ao assumirem o papel de cuidadores do familiar em sofrimento mental (KEBBE, 2014)

Thornicroft & Tansella, (2010), afirmam que as famílias sofrem com o impacto de terem um utente psiquiátrico em casa e com as dificuldades encontradas em assumirem o papel do cuidador, pois elas se tornaram uma das principais provedoras de cuidados e apoio aos utentes. Por sua vez, Schein e Boekchel, (2012) referem que a convivência com a pessoa com doença mental é permeada de dificuldades decorrentes do descompasso temporal determinado pela incompatibilidade no ritmo de vida do utente e da família.

Nessa vertente, a sobrecarga é vista como um impacto negativo no seio familiar, pois trás consequências negativas tanto no cuidador como nos outros elementos constituintes da família. Outro aspeto é o sentimento de ameaça perante uma situação de crise apresentado pelo familiar doente em relação ao cuidador e aos outros membros da família. Segundo Vicente et al (2012) afirmam que um dos pontos negativo que é mais referida por parte dos familiares cuidadores é o sentimento de medo diante das atitudes do indivíduo nos momentos de crise, especialmente naqueles em que ele se torna agressivo, pois, nesses casos, seus atos são imprevisíveis, dificultando assim a aceitação e como consequência o desinteresse em ajudar o familiar doente.

Ainda, Tavares (2011) realça que os familiares dos utentes psiquiátricos vivem com níveis elevados de ansiedade e stresse, instabilidade e insegurança emocional, vergonha, cansaço e frustração, devido às oscilações comportamentais do portador de transtorno mental, aos problemas relacionados ao tratamento medicamentoso e ao estigma comunitária da doença. Na maioria das vezes as famílias privam-se de relacionamentos sociais, renunciam às atividades de prazer/lazer/divertimento e passam a lidar com problemas de natureza sócio emocional como sobrecarga económica e de trabalho domiciliar.

Corroborando Bessa e Weidmam (2013), referem que estas decorrências/modificações causam sofrimento à família, principalmente no período adaptativo, devido à falta de preparo e orientação quanto ao transtorno mental e à assistência em saúde ao membro doente. Além disso, a família terá que conviver com situações como sentir medo e a angústia pela possibilidade de crise, não poder deixar o utente sozinho, sofrer agressões verbais e físicas, lidar com as perdas materiais e ter de deslocar-se para a unidade de internação. Nesta perspectiva Gonçalves e Luís (2010), afirmam que devido a sensação de impotência que a família sente frente à alteração comportamental do utente, torna insustentável a permanência da pessoa adoecida em casa sendo que muitos, ao encaminharem o utente para internação, chegam ao hospital angustiados, com vários questionamentos, tentando entender o que está ocorrendo.

A família hoje clama por um atendimento em que ela se sinta incluídas nos cuidados, a fim de se sentir capacitada para cuidar do seu familiar doente na maioria das vezes o contacto com o profissional de saúde dá-se somente no momento do internamento e nos dias de visitas ao familiar doente. Não são esclarecidos sobre o diagnóstico do familiar doente, os sintomas, os efeitos colaterais da medicação, as alterações que acometem a patologia mental, como reconhecer os sinais de possíveis crises e onde recorrer para solicitar ajuda no cuidar do familiar doente quando este se encontra no domicílio.

Comunidade/relações sociais

A doença mental grave traz repercussões negativas não só na convivência familiar mais também na convivência social da pessoa portadora de transtorno mental grave. No decorrer do tratamento prolongado da doença mental, muitos tendem a se afastar da sua vida social e se restringir ao ambiente hospitalar e o seio familiar, distanciando-se de tudo e de todos. Além do isolamento da pessoa portador de transtorno mental, o estigma familiar e social em relação a doença mental contribui para que a pessoa doente se sinta excluída (SALLES; BARROS, 2013)

Sousa (2012) afirma que a concepção da doença mental por parte da sociedade e da família, é frequentemente baseada em mitos de incapacidade, periculosidade, bem como a natureza irreversível da doença mental grave. Esta concepção, ainda hoje tem sido um dos obstáculos para a recuperação das capacidades funcionais dos utentes mentais e também

para sua reinserção familiar e comunitária. A pessoa com transtorno mental continua sendo considerado como alguém inferior, desacreditado, incapaz e conseqüentemente a evolução das atitudes da sociedade em relação à doença mental tem sido lenta, por vezes mesmo inexistente (XAVIER et al, 2014).

Como forma de eliminar essa exclusão, a reinserção comunitária torna-se uma ferramenta ímpar para a recuperação da pessoa portador de transtorno mental, em que diferentes setores da sociedade podem participar desse processo. A rede de relações sociais das pessoas com doença mental nas quais podem estar incluídas amigos, colegas de trabalho, companheiro de escola e pessoas da comunidade, são de extrema significância para a reinserção e reabilitação da pessoa com transtorno mental, tanto para a reconstrução de um cotidiano, muitas vezes perdido com a internação, como sendo também um importante suporte no tratamento a partir dos diversos dispositivos de apoio e de solidariedade bem como no resgate de sua autonomia (BRUSAMARELLO et al, 2011)

Na construção das redes sociais é importante que a pessoa com transtorno mental estabeleça relações de trocas não apenas com sua família, mas também com outras pessoas, compondo uma rede social ampliada e diversificada sem sobrecarregar a família que o acolhe após a alta hospitalar. Atualmente, acredita-se, que os grupos de auto ajuda, iniciativas de grupos sociais de associações de bairros, comunidades religiosas bem como os serviços extra-hospitalares de atendimento em saúde mental o apoio de associações que representam a rede de apoio social na saúde mental como outras possibilidades que se somam na procura de uma melhor qualidade de vida dessas pessoas podem aumentar a efetividade de assistência e cuidado às pessoas com transtorno mental (BRUSAMARELLO et al, 2011).

Nesta perspectiva, não basta somente reinserir é preciso que haja antes uma reabilitação, ou seja, oferecer a pessoa com transtorno mental grave possibilidades que o capacitem para a vida em sociedade, considerando as diversas perdas sofridas em decorrência do seu adoecimento. A ocupação/trabalho é uma das marca da reinserção da pessoa com transtorno mental em atividades laborais produtivas, promovendo assim um novo olhar social sobre as pessoas com transtorno mental como também resgatar a sua funcionalidade, e, ajudá-lo a conquistar a sua autonomia e formas para a sua própria subsistência (PASSOS; AIRES, 2013).

Corroborando Vicente et al (2013) referem que o desenvolvimento de diversas atividades, ofertadas nas oficina de trabalho, é meio eficaz de intervenção, pois o trabalho manual permite ao indivíduo ver o produto final de seu trabalho, o que é bastante motivador além de promover a interação com outras pessoas, troca de experiências, a necessidade de sair de casa e proporcionam a ocupação da mente e do tempo da pessoa e, em alguns casos, pode ser tão bem-sucedida que lhe possibilita a inserção no mercado de trabalho, facilitando que seja aceita na família e na comunidade.

As redes sociais são de extrema importância na manutenção da saúde mental da pessoa com transtorno mental, pois, no novo modelo de assistência, elas funcionam como o eixo que vai estruturar o cuidado em torno dele como formas de amparo na perspectiva de um novo olhar sobre o cuidado em saúde mental na comunidade, pois permitir que a pessoa com transtorno mental possa se socializar e adquirir um lugar na família e na comunidade a que pertence (FONTE; MELO, 2010).

A enfermagem no cuidar das famílias que convivem com o transtorno mental no seu cotidiano

A enfermagem inserida no novo paradigma da reforma psiquiátrica requer uma reorientação do seu modo de atuação considerando a família como agente dos cuidados dirigidos ao utente psiquiátrico (TAVARES et al, 2011). Nesta mesma perspectiva Bessa e Waidman (2013) afirmam que para além da pessoa doente com transtorno mental é necessário incluir a família nos serviços comunitários. Para essa inclusão é imprescindível o estabelecimento de um vínculo entre o utente, sua família e o profissional que oferece assistência nos serviços, pois assim se estabelecerá uma relação de confiança no cuidado, e a família conseguirá expressar suas necessidades, ou seja, receberá uma escuta que abrangerá o trabalho baseado nos pressupostos do cuidado integral e humanizado à saúde mental.

Ramos (2014) afirma que para um cuidado completo em saúde mental, a abordagem familiar é fundamental. A enfermagem precisa conhecer e compreender a família no seu contexto sociocultural a fim de oferecer-lhe apoio e orientações necessárias. Ao conhecer a realidade dessas famílias o enfermeiro deve atuar com base nessas necessidades envolvendo outros profissionais com vista a auxiliar essas pessoas proporcionando-lhes um

cuidado integrado. Corroborando Vicente et al (2013), realçam que uma das importantes intervenções do enfermeiro ao perceber-se as necessidades das famílias é auxiliá-la a não centrar-se na doença, mas encorajá-la e incentivá-la a direccionar forças para buscar o potencial para a saúde e autonomia do seu familiar doente. Deste modo a família encontrará suporte para continuar cuidando de si e do seu familiar doente, aceitando, de modo mais menos sofrida a presença do transtorno mental em seu meio cotidiano.

Gomes, Martins e Amendoeira (2011) referem que as famílias ao visitarem o seu familiar internado sempre entram em contato com a equipe de enfermagem questionado o estado de saúde do seu familiar e que as mais frequentes respostas recebidas são: “está bem”, “está melhor”. Realçam ainda que as famílias ao questionarem sobre o estado de saúde do seu familiar, anseiam mais do que essas simples respostas. Os enfermeiros devem aproveitar essa oportunidade para atuarem de forma mais centralizada na assistência a família, esclarecendo sobre os sintomas e reforçando sobre a necessidade de adesão à terapêutica, como evitar os conflitos e críticas desvalorativas ao utente, bem como, fazer o encaminhamento correto se observarem alguma alteração do comportamento ou se prever de uma situação geradora de crise ou de maior ansiedade que possa implicar em alguma mudança nos cuidados ao familiar doente.

Segundo Tavares et al (2011), a família precisa sentir-se segura quanto à disponibilidade dos profissionais em oferecer escuta ativa isto é saber ouvir as famílias e auxiliar na resolução de problemas que enfrentam no convívio domiciliar com o seu familiar doente, caso contrário, se sentirá desamparada e desassistida. As intervenções de enfermagem devem ser dirigidas às famílias, com um familiar com transtorno mental, de modo a favorecer e fortalecer a relação entre o utente, a família, o profissional e o serviço, entendendo que a inclusão da família é fundamental no tratamento dispensado ao doente mental.

Assunção et al (2016) referem que o enfermeiro tem como competência auxiliar nas dificuldades apresentadas pela família e no cuidado à pessoa com transtorno mental, deve avaliar a sobrecarga familiar e estabelecer estratégias conjuntas com a mesma, a fim de minimizá-las ou, até mesmo, eliminá-las. Também deve Promover o empoderamento da família nos momentos de crise e incentivar a convivência familiar harmônica. Destaca ainda que é da competência do enfermeiro fornecer informações sobre a doença mental, seu

tratamento, estimular a perseverança e adesão a este, apoiando os familiares nos momentos de crise.

Capela (2013) afirma que os enfermeiros enquanto prestadores de cuidados de saúde dispõem de uma posição única para apoiar a família ao lidar com a doença em seu cotidiano e diminuir os efeitos ligados à sobrecarga, sendo esse apoio essencial, de modo que os familiares/cuidadores adquiram competências para o seu desempenho como parceiros nos cuidados realizados com seu familiar portador de transtorno mental.

A atuação entre a equipe de enfermagem e a família é fundamental para o processo de reinserção familiar e comunitária do utente mental. Os enfermeiros devem acreditar nessa parceria serem perseverante, terem vontade de realiza-las para promover essa integração, pois trabalhar com a família não é uma tarefa fácil de desempenhar, pois requer do profissional ações de orientação, informação, esclarecimento no modo de lidar e transformar as potencialidades da família em prol de um cuidado humanizado em saúde mental. O trabalho da enfermagem deve ser em conjunto com a família, compartilhando as responsabilidades, o compromisso, a dedicação, aceitação tendo um objetivo em comum que é a inserção do familiar no seio familiar e na sociedade. (MELO; SOUSA; SILVA, 2014).

Nesta perspectiva, as estratégias de enfermagem devem ser elaboradas tendo como objetivo o cuidar da família como um todo, considerando a sua individualidade, suas crenças, valores, dificuldades, desafios e potencialidades. Estratégias como o grupo familiar, escuta ativa, visita domiciliar são necessárias para o alcance desses objetivos, pois é o momento em que o enfermeiro se posiciona ao nível da família ou seja encontra-se mais próximo da mesma, tendo maior facilidade para estabelecer um vínculo de confiança, onde ela se sente segura para expor as suas necessidades, preocupações, ansiedade, assim como alegria, e vitórias.

Segundo Fernandes et al (2014) é necessário que o enfermeiro receba capacitação constante para oferecer qualidade no cuidar da família e do doente mental, mantendo condições saudáveis para a promoção da saúde de ambos. Várias são as exigências do enfermeiro perante essa nova forma do cuidar do utente mental, na reforma psiquiátrica.

Por sua vez Waidman (2012) refere que para melhorar a qualidade da assistência prestada pela enfermagem é preciso qualificar os profissionais e conhecer suas limitações,

pontos importantes que devem ser levados em consideração, para a educação permanente em saúde, visando prestar um cuidado que satisfaça às necessidades do utente mental e sua família, buscando a resolutividade de seus problemas, pois o enfermeiro exerce um papel importante na assistência a pessoas com transtorno mental e sua família, assim como a sensibilização da população sobre a importância da reinserção do utente mental na comunidade, inclusive colaborando e responsabilizando-se pela construção de novos espaços de reabilitação psicossocial, que farão com que esses indivíduos sintam-se acolhidos e valorizados.

REFERENCIAL TEÓRICO

O conceito empowerment (empoderamento) constitui um eixo central da promoção de saúde, apresenta múltiplos sentidos e com noções derivadas em diversas áreas do conhecimento. É um conceito que se originou das lutas pelos direitos civis, nomeadamente o movimento feminista e auto ajuda e, em especial, das práticas sociais surgidas a partir das reivindicações e lutas dos movimentos nas décadas de 1960 a 1980, em diversos países desenvolvidos, na segunda metade do século XX (CARVALHO, 2004).

Segundo Martins, Zerbetto & Dupas (2013), o *empowerment* é um conceito que preconiza o desenvolvimento de habilidades necessárias para enfrentar e administrar os eventos da vida e controle sobre as demandas da vida cotidiana. Especificamente para que as famílias que participam deste estudo alcancem essa condição, considera-se que, inicialmente, necessitam ser instrumentalizadas, desenvolvendo ou resgatando suas potencialidades, com vistas a alcançar uma maior autonomia sobre sua vida. Com esse desenvolvimento se sentirão capacitadas para tomarem decisões e identificarem suas necessidades. Da mesma forma, poderão adquirir maior independência frente aos profissionais de saúde e ao cuidado que realizam.

Corroborando essa concepção de *empowerment*, Leite, Cunha e Tavares (2011) referem que a definição e operacionalização desse conceito são baseadas em três formas: a primeira é o acesso e controle a recursos necessários; a segunda se relaciona ao processo decisório e habilidades para resolução de problemas; e a terceira é a aquisição de comportamento instrumental necessário para interagir efetivamente com outros e obter recursos.

O conceito do empowerment pressupõe a ideia de que um modo de vida considerado ineficaz ou inadequado pode ser resultante de fragilidades da estrutura comunitária ou da lacuna de recursos que tornam as competências humanas fragilizadas ou ineficazes, ou seja, existem competências que podem ser desenvolvidas. Para que isso ocorra, a família precisa ter acesso a recursos e ter controle dos mesmos, precisa fortalecer o processo decisório e as habilidades para resolver seus problemas e adquirir comportamento necessário. Isso não desconsidera a ação dos profissionais de saúde, entre os quais a enfermagem, em ter um papel fundamental no auxílio às famílias, atuando como mediadores de suas potencialidades, priorizando o ponto de vista de forma individual dos

elementos constituintes da família. O enfermeiro precisa construir relações horizontais com a família, exercitando a escuta ativa e o diálogo para superar as desigualdades de poder, disponibilizar e possibilitar à este grupo o acesso às informações, motivá-la a buscar a sua autonomia para tomada de decisões e identificação de problemas (LEITE; CUNHA; TAVARES, 2011).

Com base no pressuposto de que o ser humano, no caso deste estudo a família caboverdeana que passa a conviver com um familiar com transtorno mental, no domicílio, é capaz de encontrar respostas às suas necessidades, desde que lhe sejam outorgados poder e autonomia de decisão sobre sua vida, o conceito de *empowerment* é adotado como referência teórica para a realização deste estudo. Trata-se de um conceito que visa desenvolver as potencialidades e/ou recursos das famílias para enfrentarem os desafios que essa situação comporta, por intermédio da valorização deles próprios, de suas capacidades para se constituírem como agentes responsáveis pela procura de soluções para os seus problemas e a reinserção familiar e comunitária da pessoa com transtorno mental (SILVA, 2003).

A prática profissional embasada no conceito de *empowerment* constitui-se em uma estratégia para o processo de reinserção de seu ente uma vez que possibilita às famílias a capacidade de adquirirem conhecimento sobre si e seu familiar doente, assim como favorecer mudanças de conduta no ambiente familiar e comunitária. Além disso, instiga as famílias a reconhecerem e avaliar as suas necessidades e buscarem supri-las mobilizando seus próprios recursos ou apoios externos, definindo as ações que, segundo seu ponto de vista são mais apropriadas. É um conceito que remete o desenvolvimento e autonomia das famílias.

Empowerment pode ser aplicado, portanto, com a finalidade de criar condições para que as pessoas com transtorno mental, egressos do HAN-Extensão Trindade e suas famílias possam se tornar capazes de influenciar os eventos que acontecem em suas vidas. Nesse contexto, a rede de suporte comunitária é um elemento importante no processo de reinserção familiar e social dessas pessoas, de recuperar sua condição de sujeitos de direito.

Desta forma, o conceito de *empowerment* pressupõe que a postura do profissional de saúde, neste estudo o enfermeiro, atue no sentido de favorecer o desenvolvimento da autonomia da família cuidadora e da pessoa portadora de transtorno mental. Com esta

finalidade, o enfermeiro precisa identificar meios que permitam as famílias adquirir as habilidades para administrar efetivamente sua vida, adquirindo competência no desempenho de seus papéis e tarefas durante o processo de reinserção familiar e comunitária do doente mental. Além disso, precisa conhecer as famílias, suas necessidades e potencialidades, priorizando sua autonomia.

O *Empowerment* revela-se como um conceito central para um estudo que visa conhecer e compreender os desafios enfrentados pelas famílias que convivem com o transtorno mental em um de seus membros. É, pois, um conceito que possibilita dar sustentação para a prática voltada a capacitação das famílias que vivenciam várias dificuldades ao cuidar do familiar doente. Ao ser colocada como participante ativa no cuidado ao utente, a família tem a possibilidade de assumir a responsabilidade do cuidado, sendo respeitada como parceira indispensável, desde que encontre o apoio no desempenho dessa responsabilidade (MARTIS; ZERBETTOS; DUPAS, 2013).

Empowerment é um referencial teórico que vem sendo utilizado no Grupo de Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES), do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da FURG (PPGen/FURG), como referência para o estudo de famílias em situação de vulnerabilidade. As dificuldades e necessidades das famílias cabo-verdianas cuidadoras de um familiar com transtorno mental, despontam como o substrato para definir e implementar ações voltadas para a reinserção familiar e comunitária do utente mental.

Entretanto, o *empowerment* não é um conceito que possa ser utilizado de forma isolada. O enfermeiro precisa desenvolver uma visão contextualizada da família e priorizar a percepção de seus membros em relação ao cuidado do familiar com transtorno mental. Da mesma forma, precisa incorporar em suas intervenções uma dimensão temporal, pois implica em sustentar a esperança da família, em um futuro melhor, através do enfrentamento do dia a dia e a cada etapa superando os desafios.

(Re)construir a prática de cuidar da família cabo-verdiana, cuidadora de um familiar com transtorno mental, embasada na abordagem do empoderamento das mesmas exige superar alguns obstáculos, implica um novo olhar à problemática do ciclo que se mantém inerente ao Serviço de Psiquiatria Trindade várias reinternação em um curto espaço de tempo, o reconhecimento das necessidades e aspirações, a partir do foco das famílias e não dos profissionais.

Nesse propósito, a intervenção interdisciplinar coloca-se como fundamental para dar conta da complexidade das ações previstas no cuidado à saúde mental, voltadas as famílias cuidadoras do familiar com transtorno mental. Tal prática exige um atendimento acolhedor, que requer maior aproximação junto às famílias, contribuindo para a construção de espaços de escuta, considerados um instrumento fundamental no cuidado às famílias cabo-verdianas cuidadoras de um familiar com transtorno mental.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Estudo qualitativo exploratório e descritivo que aborda um tema pouco estudado em Cabo Verde: **A reinserção familiar e comunitária dos utentes do serviço de psiquiatria do hospital Agostinho Neto extensão Trindade**. A opção pela abordagem qualitativa deve-se a característica de existir, segundo Kauark, Manhães e Medeiros (2010), uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito. Isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade dos sujeitos pesquisados que são as famílias cabo verdiana que convivem com um familiar portador de transtorno mental grave que não pode ser traduzido em números. O ambiente natural, o domicílio das famílias é a fonte direta para a realização da coleta de dados e o pesquisador é um instrumento-chave.

O caráter exploratório deve-se ao fato de se pretender uma maior familiaridade com o problema em investigação, pouco conhecido ou explorado. Descritivas, por descrever criteriosamente os fatos e fenômenos de uma determinada realidade, de forma a obter informações a respeito daquilo que já se definiu como problema a ser investigado (AUGUSTO et al, 2013). No caso deste estudo, não se conhece nem a extensão, nem as características do fenômeno reinserção familiar e comunitária de utentes do HANeto-ExTrindade, na atualidade, ou seja os desafios enfrentados pelas famílias cabo-verdianas que convivem com uma pessoa com transtorno mental grave. Como referido anteriormente, o último levantamento realizado na área da saúde mental, em Cabo Verde, foi em 1988/1989.

Local do desenvolvimento do estudo

Cabo Verde é um arquipélago de origem vulcânica, situado no Oceano Atlântico, distante cerca de 455km do cabo que forma o extremo ocidental do continente africano. É constituído por dez ilhas e oito ilhéus, tendo uma superfície total de 4.033 Km². Geograficamente, o arquipélago é dividido em dois grupos, Barlavento e Sotavento, de acordo com os ventos dominantes. Ao norte (*Ilhas de Barlavento*) estão localizadas as ilhas de Santo Antão, São Vicente, Santa Luzia, São Nicolau, Sal e Boa Vista. Ao Sul, estão as ilhas Maio, Santiago, Fogo e Brava (*Ilhas de Sotavento*), conforme mostra a Figura 1 a

seguir. (PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL DE CABO VERDE, 2009-2013). Os participantes deste estudo residem em Praia, capital do país, na ilha de Santiago Sotavento.

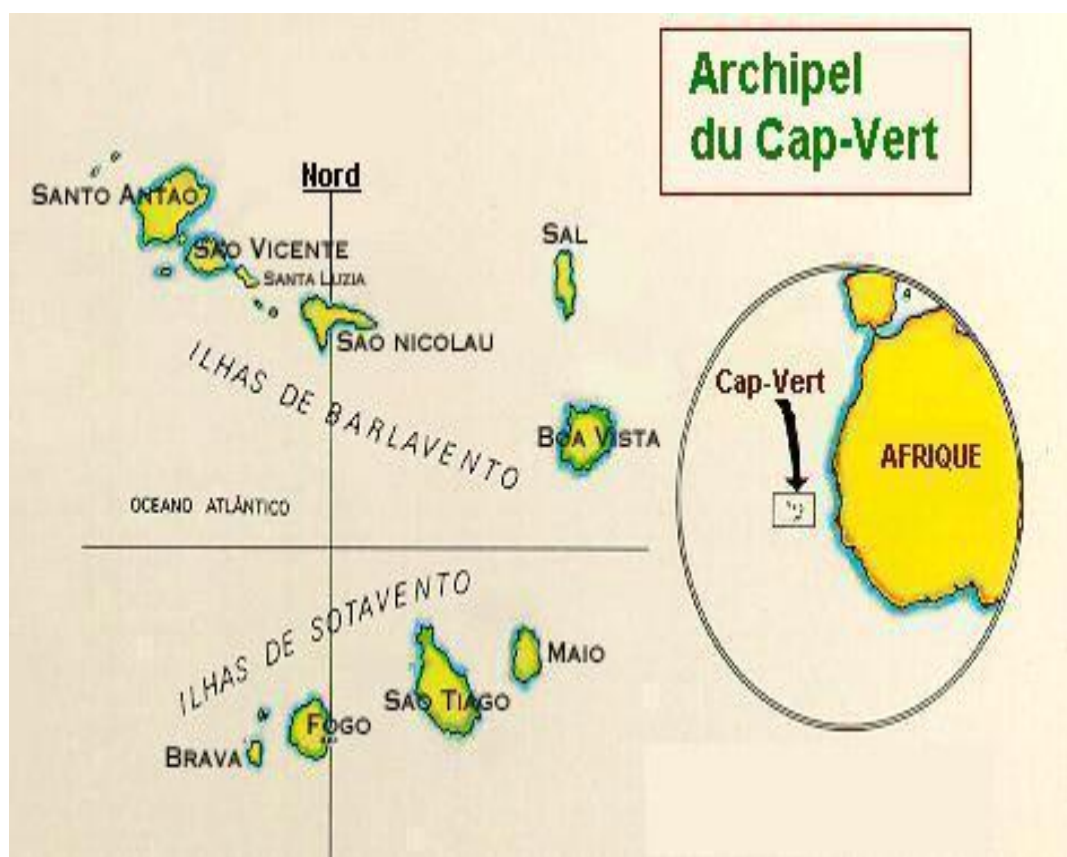


Fig.1 Mapa de Cabo Verde

No último Recenseamento Geral da População, realizado em 2010, a população residente de Cabo Verde era de 491.875 habitantes, resultante de um aumento de 44% no período de 20 anos. A repartição por sexo, em 2010 é quase paritária, sendo que a população feminina é ligeiramente maioritária, com 50,5%. É importante destacar o aumento da população vivendo em centros urbanos, que em 2010 era de cerca de 61,8%, como também a elevada percentagem da população jovem, entre os 15 e os 29 anos, representando quase um terço da população (31,8%).

Segundo os resultados do Questionário Unificado de Indicadores Básicos do Bem-Estar (QUIBB 2007), a taxa de alfabetismo era de 73% para os homens e de 87% para as mulheres. A pobreza nesse mesmo período diminuiu de 36,5% em 2002 para 27,6% em

2007. Apesar dessa diminuição, ela ainda é significativa e continua a atingir mais a população rural (44,3%) do que a urbana (13,2%). Em relação ao gênero, 33% da população pobre é constituída por mulheres e 21,3% por homens. Os chefes de agregados familiares de sexo feminino representam 56,3% dos pobres e masculino 43,7%.

Segundo a categoria socio profissional, 46,2 % dos trabalhadores que desempenham atividades por conta própria na agricultura são pobres. A taxa de desemprego continua elevada, situando-se em 18,8% em 2008 e 10,7% em 2010. Entre 2001 e 2008, a taxa de desemprego das mulheres foi sempre superior a dos homens. (RELATÓRIO À CONFERÊNCIA RIO+20, 2012)

O Serviço Psiquiátrico do HAN-Extensão Trindade, local onde as famílias de pessoas com transtorno mental buscam atendimento, começou a funcionar em 18 de Maio de 2003, com o objetivo de tratar os utentes mentais. É uma extensão do Hospital Geral Agostinho Neto destinado ao serviço de psiquiatria. Está situado no Concelho da Praia, Freguesia de Nossa Senhora da Graça, ilha de Santiago, cerca de 8 quilómetros da região central da capital Praia. Nesse setor existem duas unidades: Psiquiatria e Centro de Saúde, sendo que este último atualmente não se encontra em funcionamento.



Fig.2 Serviço de Psiquiatria HAN-Extensão Trindade

O Serviço de Psiquiatria Extensão Trindade do Hospital Agostinho Neto possui cerca de setenta e seis (76) funcionários, dos quais fazem parte da equipe técnica: 04 Psiquiatras (2 de nacionalidade cubana); 06 Psicólogos sendo que um é administrador do

Serviço; 01 Assistente Comunitária; 01 Arte-terapeuta; 01 Clínicos médico geral; 14 Enfermeiros, sendo um enfermeiro Chefe do serviço de enfermagem.

Atualmente o serviço Psiquiátrico HAN-Extensão Trindade é dirigido por uma Comissão de Gestão constituída por representantes da direção do Serviço de Psiquiatria (administrador, enfermeiro chefe do serviço), a superintendente de Enfermagem e a Diretora Clínica do Hospital Agostinho Neto. Este serviço recebe apoios pontuais de diversas categorias desde géneros alimentícios, higiénicos e monetários de várias instituições nacionais e internacionais, como Cruz Vermelha, Instituto Nacional de Providência Social, Instituto Cabo-verdiano de Solidariedade, entre outras parcerias.

O Serviço da Psiquiatria do HAN-Extensão Trindade concentra a maioria das atividades ligadas a saúde mental, presta atendimento a crianças, jovens e adultos com psicopatologias. A internação é realizada pela consulta externa ou por encaminhamento do serviço de urgência pelo médico psiquiátrico de urgência. O diagnóstico das doenças mentais é realizado por psiquiatras e o tratamento do internado baseia-se em psicofármacos, psicoterapia e terapia ocupacional, além de grupos terapêuticos de ajuda mútua, de famílias e de alcoólistas. O número de internações estipulado é de 40 utentes por possuir 40 leitos, com excessão dos utentes que se tornaram «residentes», por razões sociais. A internação é essencialmente feita para os utentes com doença aguda ou em crises, posteriormente retorna ao convívio dos familiares

A área física do hospital está dividida em duas partes. Na primeira está localizada a secretaria, sala de atendimentos de psiquiatria e de clínica geral; uma sala para realizar reuniões; uma farmácia, na qual os utentes externos têm a isenção de medicamentos; e, também o espaço administrativo. Na segunda estão instalados a enfermaria que possui duas alas, uma feminina e outra masculina com cerca de 12 quartos com 40 leitos, sendo 17 na ala feminina e 23 na ala masculina; os serviços de apoio: lavandaria, cozinha, campo de futebol para a prática de esportes, pátio que está circundado por salas onde se realizam atividades da terapia ocupacional.

Fonte de dados

Este estudo utiliza duas fontes de dados. Na primeira estão incluídos 100 prontuários dos utentes que utilizaram o serviço de psiquiatria do HAN-Extensão Trindade,

no período 2010-2015. São dados relativos a sexo, idade, estado civil, escolaridade, ocupação/trabalho, número de filhos, principal diagnóstico e número de internamento. Foram excluídos os prontuários de doentes que mesmo tendo internado nesse período estavam com as informações incompletas. Os dados obtidos desta fonte respondem ao objetivo específico 1 deste estudo.

A segunda fonte de dados é constituída por 30 familiares que manifestaram sua concordância em participar do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCL) (APÊNDICE A) e foram selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: ser familiar de um utente do HAN-Extensão Trindade; residir na ilha de Santiago, cidade da Praia/Cabo Verde/África; ter idade de 18 anos ou mais. Para preservar o anonimato dos participantes foi utilizada uma codificação formada pela letra “F” (Família), seguida de um numeral que indica a ordem de realização das entrevistas (F₁... F₃₀). Os dados obtidos desta fonte respondem ao objetivo específico 2,3 e 4 deste estudo.

Coleta de dados

Os dados foram coletados no mês de Julho de 2016. Os dados que respondem aos objetivo 1 desta dissertação foram colhidos diretamente do prontuário de utentes que estiveram internados no serviço no período de 2010 a 2015, no serviço de psiquiatria HAN-Extensão Trindade.

Os dados que respondem ao objetivos específicos 2 e 3 desta dissertação foram coletados através de entrevistas semi estruturadas, realizadas no domicílio da família, em data e horário previamente agendados. Todas as entrevistas foram gravadas com a autorização do participante e após transcritas.

Para orientar a realização das entrevistas foi utilizado um roteiro constituído por cinco partes. A primeira é destinada à caracterização da família com ênfase nos aspectos relacionados: local de residência; renda familiar; origem da renda; constituição familiar; tipo de habitação (própria ou alugada); condições habitacionais; e meio de transporte que mais frequentemente é utilizado pela família para deslocar-se. Na segunda parte, as questões investigadas foram voltadas para a identificação do utente incluindo: idade, sexo, estado civil, números de filhos, escolaridade, nacionalidade, religião, pensão, status

ocupacional (empregado ou desempregado), responsabilidades que assume na família e diagnóstico da doença mental.

A terceira parte do roteiro foi direcionado para os fatores que segundo a percepção da família favorecem e/ou dificultam a reinserção familiar e comunitária do utente. Na quarta parte foram investigadas as necessidades prioritárias da família, para que possam cuidar bem do seu familiar doente, após receber a alta hospitalar. A quinta parte do roteiro investiga os recursos (pessoais, familiares e da comunidade) e/ou as potencialidades que podem ajudar a família a cuidar da pessoa com transtorno mental.

Análise dos dados

Os dados foram submetidos à análise temática (Minayo 2010), que compreende ordenação, classificação e categorização dos dados. Inicialmente projetou-se uma sequência que inclui uma pré-análise para a organização do material coletado, seguida da sistematização dos achados investigados por meio de leitura meticulosa das respostas obtidas nas entrevistas, levando a elaboração de núcleos temáticos.

Os dados foram submetidos a um processo de análise com duas etapas. Na primeira os dados provenientes dos prontuários foram organizados em uma planilha e realizadas análises descritivas simples. Na segunda, os dados originados através das entrevistas foram organizados para formar um banco de dados qualitativo. Nesta etapa foi aplicado os passos da análise temática com leituras sucessivas e a formação de três núcleos temáticos assim denominados: Necessidade de cuidado individualizado ao familiar cuidador; Necessidade de inclusão no serviço de saúde da comunidade; e Necessidade de identificar e mobilizar as potencialidades da pessoa com transtorno mental. Em conjunto, esses três núcleos expressam as necessidades consideradas pelas famílias como prioritárias quando o propósito é a reinserção da pessoa com transtorno mental. Como referência para estabelecer esses agrupamentos foram utilizados os objetivos do estudo e o conceito de empowerment.

Aspectos éticos do estudo

No desenvolvimento deste estudo foi respeitada a Resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Ministério da Saúde (CONEP/MS) sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012). O projeto foi encaminhado ao Comitê de

Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande e, também, ao Comité Nacional de Ética de Pesquisa em Saúde (CNEPS) e Direção Clínica do Hospital Agostinho Neto (HAN) de Cabo Verde/África, dos quais obteve autorização para o desenvolvimento do mesmo.

Ressalta-se que aos participantes foi garantido sigilo, privacidade individual, anonimato e o direito de livremente decidir quanto à sua participação ou não na pesquisa, sem ser penalizado por isso. Garantiu-se, também, o direito dos participantes terem suas dúvidas sanadas a respeito de todos os procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa, assegurando que os dados serão usados exclusivamente para a concretização desta pesquisa e o retorno dos resultados obtidos em todas as etapas do estudo.

Antecedendo os procedimentos de coleta de dados, o projeto foi apresentado aos participantes que após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A) que manifestaram a sua anuência através da assinatura do mesmo. O TCLE foi apresentado em duas vias, ficando uma de posse da família e a outra foi arquivada e guardada no Grupo de Estudo e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde – GEPEFE

Os dados ficarão guardados no Grupo de Estudo e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde – GEPEFES, sob a responsabilidade dos pesquisadores durante cinco anos, para que possam ser utilizados para maiores esclarecimentos. Serão adotadas todas as medidas de confidencialidade, com particular ênfase nas informações coletadas, e também com relação a garantir o anonimato dos participantes da pesquisa.

RESULTADOS

Os resultados deste estudo são apresentados no formato de dois artigos científicos. O primeiro intitula-se “**Os desafios da saúde mental em cabo verde: um estudo com famílias de pessoas com transtorno mental**”. É um manuscrito elaborado de acordo com as normas da revista Texto & Contexto (<http://www.textoecontexto.ufsc.br/preparo-dos-manuscritos/>). A Figura 3 mostra especificamente a estrutura relativa aos fatores que podem facilitar ou dificultar o processo de reinserção familiar e comunitária das pessoas com transtorno mental.

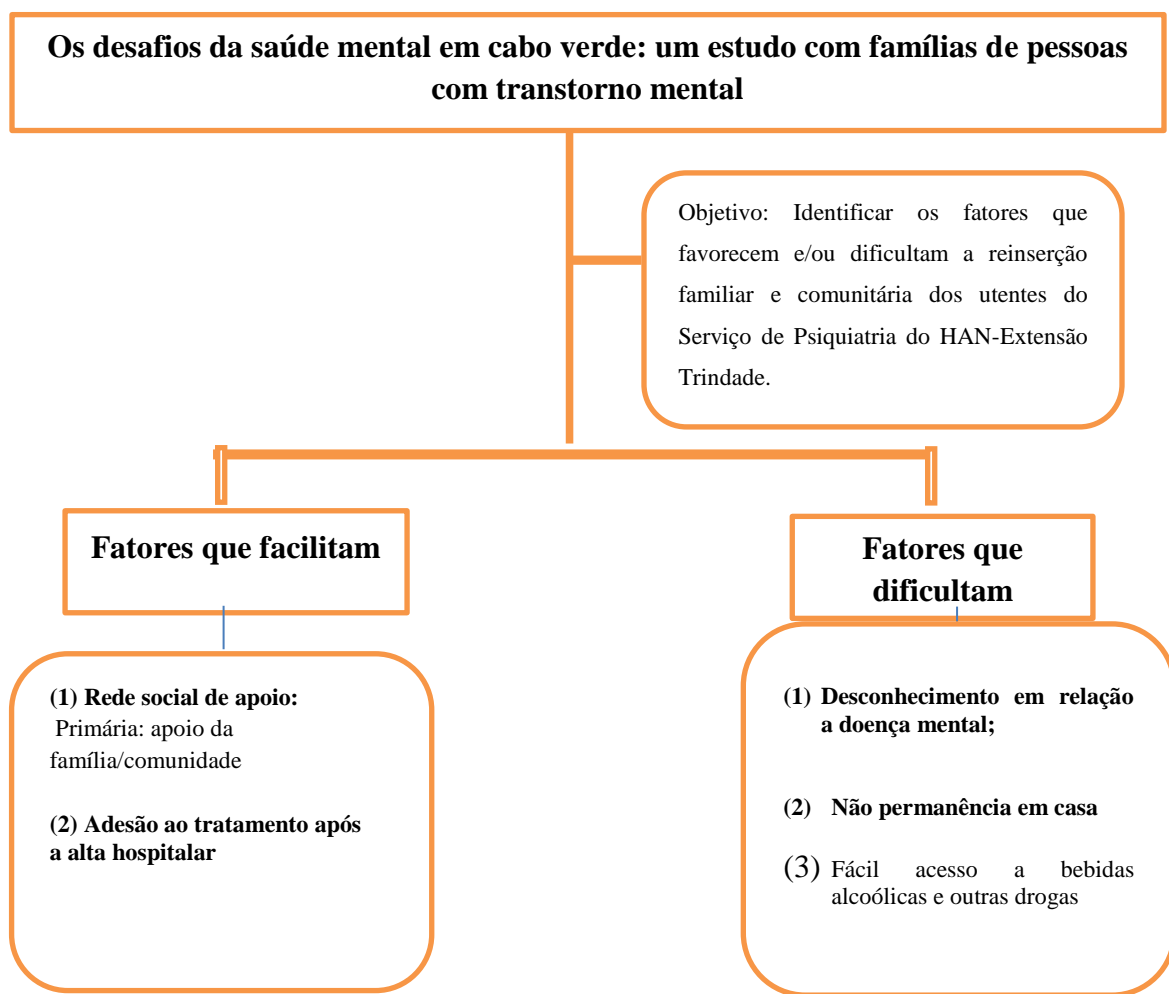


Fig. 3. Modelo esquemático dos fatores que facilitam e/ou dificultam o processo de reinserção familiar e comunitária das pessoas com transtorno mental.

O segundo artigo intitulado “**Necessidades das famílias de pessoas com transtorno mental decabo verde**”. É um manuscrito elaborado de acordo com as normas da revista Acta Paulista (<http://www2.unifesp.br/acta/instrucoes.php>)

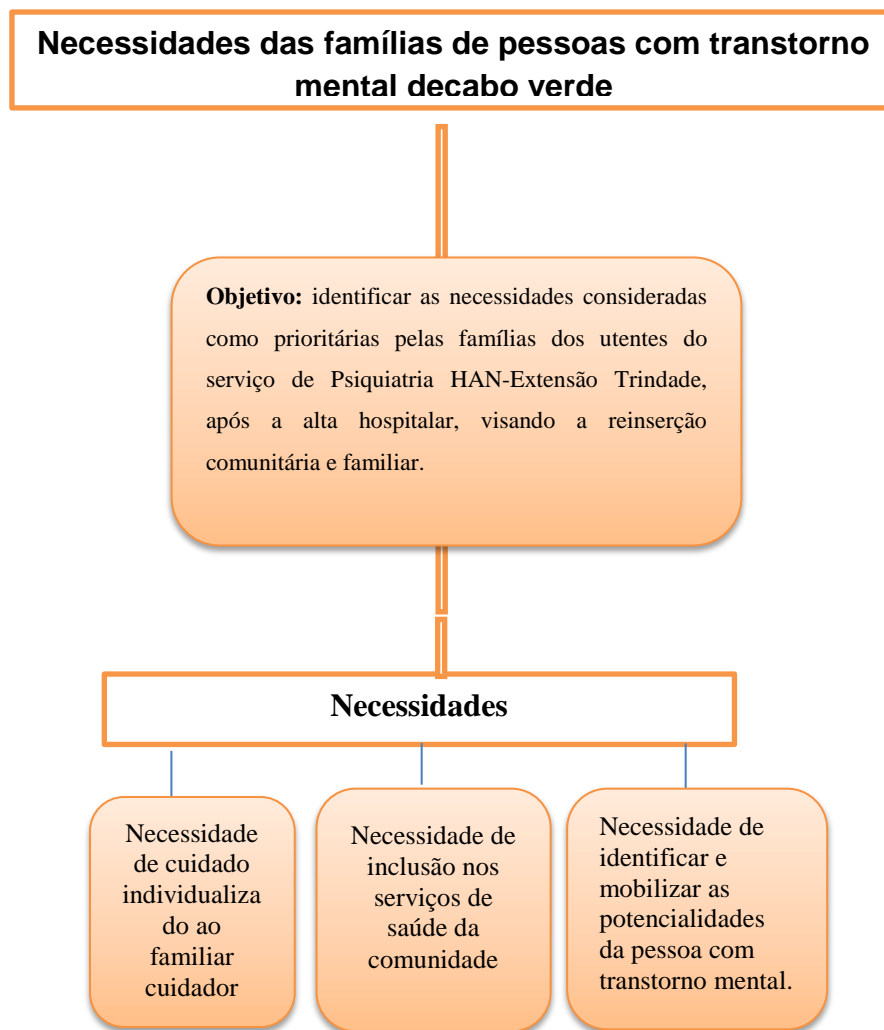


Fig.4. Necessidade das famílias no processo da reinserção familiar e comunitária

OS DESAFIOS DA SAÚDE MENTAL EM CABO VERDE: UM ESTUDO COM FAMÍLIAS DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL GRAVE.²

**Ana Suzete Baessa Moniz³
Mara Regina Santos da Silva⁴**

² Artigo derivado da Dissertação de Mestrado em Enfermagem intitulada: Os desafios da saúde mental em cabo verde: um estudo com famílias de pessoas com transtorno mental grave

³ Enfermeira do Serviço de Psiquiatria do Hospital Agostinho Neto Extensão Trindade. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – FURG. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde – GEPEFES.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do PPGEnf/FURG. Líder do GEPEFES

Resumo: A reinserção familiar e comunitária de uma pessoa com transtorno mental tem sido um desafio para as famílias, para a pessoa portadora de transtorno mental, para os profissionais de saúde, o estado e a sociedade. Este estudo objetiva: (1) Caracterizar os utentes com histórico de reinternações no período 2010-2015, no serviço de Psiquiatria do Hospital Agostinho Neto Extensão Trindade, quanto aos aspectos sócio demográficos, principais transtornos que levam a internação e número de internações; (2) Identificar os fatores que favorecem e/ou dificultam a reinserção familiar e comunitária dos utentes do Serviço de Psiquiatria do Hospital Agostinho Neto Extensão Trindade. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo que utilizou como fonte de dados 100 prontuários de utentes do Serviço de Psiquiatria do Hospital Agostinho Neto Extensão Trindade, de Cabo Verde/África e 30 familiares de pessoas portadoras de transtorno mental, do mesmo serviço. Os resultados apontam como fatores facilitadores a rede social de apoio primária e secundária, incluindo a família nuclear, extensa e a comunidade e, além desses, a adesão a medicação. Por outro lado, o desconhecimento da doença, o fácil acesso às bebidas alcoólicas e outras drogas, assim como, a não permanência do utente em casa são fatores que dificultam a reinserção familiar e comunitária dos utentes do Serviço de Psiquiatria Trindade. Concluiu-se que a implementação de novas estratégias nomeadamente a visita domiciliária e o *empowerment* se apresentam como meio de informação e conscientização, não só da família, como também dos profissionais de saúde e comunidade promovendo a reinserção familiar e comunitária da pessoa com transtorno mental.

Descritores: Doença mental, família, pessoa, reinserção, empoderamento.

INTRODUÇÃO

O processo de reinserção familiar e comunitária de uma pessoa com transtorno mental tem sido um desafio não apenas para aquelas envolvidas diretamente com a doença, como a própria família, mas, também, para os profissionais que com elas trabalham, os gestores dos serviços de saúde, o Estado e a sociedade em geral. Particularmente, à família tem sido atribuído papel relevante nesse processo de reinserção que assumiu maior destaque a partir da instauração do movimento de reestruturação da assistência em saúde mental, desencadeado em diversos países.¹

A família que recebe em casa uma pessoa após a alta hospitalar passa a conviver diariamente com a doença mental que, embora esteja presente em sua história não era vivenciada de forma cotidiana, uma vez que o utente estava internado em uma instituição. Essas famílias se deparam com as repercussões dos transtornos mentais que incidem sobre os relacionamentos familiares e comunitários e se manifestam através de conflitos interpessoais, isolamento social, negligência, rejeição, entre outros. Muitas vezes, essas famílias não têm os recursos humanos e materiais mínimos que poderiam instrumentalizá-las para administrarem os problemas que passam a enfrentar, incluindo dentre esses, o desconhecimento sobre a patologia, os sinais e sintomas próprios da doença, os efeitos adversos do uso dos medicamentos e os recursos onde podem buscar ajuda. Esta situação coloca em evidência uma dissonância entre a política de saúde mental adotada em diversos países e os recursos reais e efetivos disponibilizados para a família desempenhar seu papel como acolhedora e responsável pelo seu familiar portador de transtorno mental.

Apesar disso, sabe-se que a reestruturação em foco é capaz de ter impacto positivo na vida de muitas pessoas portadoras de transtornos mentais, principalmente aqueles considerados mais graves, mas para que isso ocorra depende da existência de estruturas de apoio às famílias que assumem os cuidados das pessoas com transtorno mental após a alta hospitalar e da (re) organização dos serviços comunitários, com a finalidade de criar condições para que a reinserção comunitária esteja ao alcance de todos, de forma igualitária.

Na concepção utilizada neste estudo, a reinserção é um processo que visa a integração ou (re) integração principalmente da pessoa com transtorno mental grave na família e na comunidade, com possibilidade de reestruturação da vida pessoal e recuperação da autoestima e autoimagem. Envolve, portanto, a construção de um projeto de vida integrado na vida comunitária, satisfatório e sustentável que demanda apoio da família. Nesta perspectiva, a reinserção da pessoa com transtorno mental grave envolve os profissionais e as famílias ajudando o utente a recuperar o convívio com seus pares e a restauração, no melhor nível possível, da autonomia e do poder de decisão sobre sua vida, com vistas a atingir um funcionamento mais independente, na família e na comunidade. É, pois, um processo de (re) inserção a partir de uma internação em uma instituição psiquiátrica.²

Após a internação, a pessoa com transtorno mental volta para o convívio com a família e comunidade, as quais nem sempre estão preparadas para recebê-la de forma que ela possa, de fato, ajudar o egresso da instituição psiquiátrica a (re) assumir seu lugar nestes dois locais. A partir desse contexto, ao acolher esse egresso em seu cotidiano, a família precisa utilizar os recursos adaptativos como, por exemplo, identificar-se como cuidadora, assumir os encargos relacionados à administração dos medicamentos, higiene corporal, alimentação, vigilância, sobrecarga física, psicológica, o estigma relacionado à doença mental e os sentimentos decorrentes advindos dessa vivência.³

As famílias de Cabo-Verde não estão excluídas deste cenário. De forma semelhante, elas não se encontram preparadas para assumirem a responsabilidade de cuidar do seu familiar portador de transtorno mental após a alta hospitalar. Praticamente sozinhas, sem o suporte necessário para efetivar esse cuidado, elas procuram por esforço próprio os caminhos mais apropriados para desempenharem essa tarefa.

Cabo Verde dispõe de uma Política Nacional de Saúde [PNS] destinada a responder às necessidades e às expectativas dos utentes do Sistema Nacional de Saúde (SNS). A formulação das Políticas baseia-se no conhecimento o mais próximo possível das necessidades de saúde da população.⁴ Entretanto, não dispõe, ainda, de uma política específica voltada para a saúde mental,

embora conte com um Plano Estratégico Nacional de Saúde Mental, elaborado em 2009 com base em dados do único estudo epidemiológico dos transtornos mentais realizado na década de 80.⁵

Nessa época, a prevalência de transtornos mentais era de 4,3/1000 habitantes, quando o país tinha pouco mais de 337 000 habitantes.⁵ Em 2006, as doenças mentais e os distúrbios de comportamento ocupavam o 8º lugar entre as principais causas de morte. As famílias cabo-verdianas com familiar portador de transtorno mental grave recebem assistência nos momentos de crise nos serviços de urgência do hospital central (HAN) e no serviço de psiquiatria HAN-Extensão Trindade, durante as consultas de rotina.

Atualmente, quando se pensa em reinserção comunitária e familiar das pessoas com transtorno mental é imprescindível conhecer as necessidades das famílias para que o enfermeiro possa atuar no sentido de prevenir agravos e desenvolver ações que possam ajudar as famílias a enfrentarem e superarem os desafios que o processo de reinserção comporta.¹ Para que o trabalho de enfermagem com essas famílias seja efetivo, considera-se que é preciso ir ao encontro das mesmas, incluindo a pessoa doente, no seu contexto de vida, ou seja, conhecer seu cotidiano, as dificuldades que enfrentam, suas potencialidades e os recursos que dispõem. Concomitantemente é necessário dar voz às famílias para que se possam construir projetos terapêuticos coerentes com suas necessidades.

Nesta perspectiva, o conceito de *empowerment* apresenta-se como uma referência teórica importante para o estudo e o trabalho com famílias de pessoas com transtorno mental, pois considera a potencialização de competências que possibilitem as famílias enfrentarem as situações difíceis que se apresentam na vivência com o familiar portador de transtorno mental. O *empowerment* preconiza o desenvolvimento de habilidades necessárias para enfrentar e lidar com os eventos da vida, obter domínio sobre as questões do dia a dia, ser mais forte e capaz de administrar as demandas do cotidiano. Para que as famílias desenvolvam essa capacidade necessitam ser instrumentalizadas, mobilizando suas potencialidades, com vistas a alcançar uma vida mais autônoma.⁶

Assim, com base nessas considerações que apontam, de um lado, as características do contexto de vida das famílias cabo-verdianas e, por outro, que o conhecimento acerca de como os

utentes e suas famílias organizam seu dia-a-dia; o que fazem; como geram o seu cotidiano, este estudo tem os seguintes objetivos: (1) Caracterizar os utentes com histórico de reinternações no período de 2010 a 2015, no serviço de Psiquiatria do Hospital Agostinho Neto Extensão Trindade, quanto aos aspectos sócio demográficos, principais transtornos que motivam a internação e número de internações e, (2) Identificar os fatores que favorecem e/ou dificultam a reinserção familiar e comunitária dos utentes do Serviço de Psiquiatria do Hospital Agostinho Neto Extensão Trindade.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo exploratório e descritivo que utiliza duas fontes de dados. A primeira, constituída por 100 prontuários de usuários do Serviço de Psiquiatria do Hospital Agostinho Neto Extensão Trindade, de Cabo Verde/África, o quais geraram dados secundários relativos ao período de 2010 a 2015. A segunda formada por 30 familiares de pessoas portadoras de transtorno mental, usuários desse mesmo serviço. Para inclusão dos familiares no estudo foram utilizados os seguintes critérios: ter um familiar portador de transtorno mental; idade maior que 18 anos; residir na cidade da Praia, na Ilha de Santiago/Cabo Verde. Foram excluídos os familiares que residiam no interior da ilha ou em outras ilhas. Para preservar o anonimato dos participantes foi utilizado um código para os familiares, formado pelas letras “F” (Família), seguido de um número que indica a ordem de realização das entrevistas.

Os dados foram coletados no mês de julho de 2016 diretamente dos prontuários dos pacientes que haviam sido internados no serviço, entre 2010 a 2015, excluindo aqueles que estavam com as informações incompletas. Com os familiares foram realizadas entrevistas semiestruturadas, no domicílio da família, em horário previamente acordado e após ter obtido o consentimento livre e esclarecido dos participantes da pesquisa. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Após a transcrição, os dados foram organizados e submetidos à análise temática, segundo os passos preconizados por Minayo (2010), resultando em três núcleos temáticos que, em sua formação levou em consideração o sentido identificado no discurso das famílias e os objetivos deste estudo embasados no conceito do *empowerment*.

Os dados foram submetidos a um processo de análise com duas etapas. Na primeira, os dados provenientes dos prontuários foram organizados em uma planilha e aplicados testes descritivos (média, mediana e moda). Na segunda, os dados originados através das entrevistas foram organizados para formar um banco de dados qualitativo. Nesta segunda foram aplicados os passos da análise temática com leituras sucessivas e a formação de três núcleos temáticos que, em conjunto, expressam as necessidades consideradas pelas famílias quando o propósito é a reinserção da pessoa com transtorno mental. Como referência para estabelecer esses agrupamentos foram utilizados os objetivos do estudo e o conceito de *empowerment*.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição a qual está vinculado sob o parecer n.º. 144/2016 e autorizado pela Direção Clínica do Hospital Agostinho Neto (HAN) de Cabo Verde. Todos os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, vigente na época da coleta de dados do projeto foram respeitados.

Resultados

Caracterização dos utentes

Com base nas informações obtidas nos 100 prontuários clínicos examinados, a idade dos utentes que estiveram internados no serviço de Psiquiatria HAN-Extensão Trindade, no período do ano de 2010 a 2015, variou entre 19 e 80 anos, com predominância na faixa de 31 a 40 anos, (n=29); com a classe modal situada nos 55 anos e a média de 42,33 anos. Verificou-se que do total da amostra cerca de 67% (n= 67) são do sexo masculino e os restantes 33% (n=33) são do sexo feminino. Quanto ao estado civil 82% (n=82) são solteiros, 8% (n=8) casado, 3% (n=3) viúvo, 1% (n=1) divorciado e 6% (n=3) não tinha informação. Em relação a números de filhos 23% (n=23) não tem filho, 17% (n=17) tem um filho, 13% (n=13) tem dois filhos, 9% (n=9) tem três filhos, 27% (n=27) não consta, 11% (n=11) tem uma média de 4 a 17 filhos. Verificou-se que cerca de 60% (n=60) dos prontuários não continha informação referente a escolaridade, dos 40% (n=40) a escolaridade predominante era a fundamental 20% (n=20) ensino médio 18% (n=18) e 2% (n=2) ensino superior. Também em relação a ocupação, 58% (n=58) não foi encontrada informação, 11% (n=11) são do lar, 7% (n=7) funcionário público, 3% (n=3) professor; 21%

(n=21) apresentavam diversas ocupações. Quanto a residência 70% (n=70) reside nas diversas localidades da cidade da Praia ilha de Santiago, 23% (n=23) reside no interior da mesma ilha e 7% (n=7) reside em outras ilhas. Quanto ao diagnóstico principal 36% (n=36) manifestam transtorno bipolar e 31% (n=31) esquizofrenia, 27% (n=27) transtorno mental por consumo de álcool e outras drogas 4% Atraso mental e descompensação psicótico drogas e 1% (n=1) Transtorno Psicótico e Depressão. Em relação ao número de internamentos 82% (n=82) tiveram entre 1 a 8 vezes e 18% (n=18) de 9 a 33 vezes no serviço de Psiquiatria, no período de 2010 a 2015

De acordo com os dados obtidos na 2º fonte os dados obtidos nas entrevistas realizadas com 30 familiares, a faixa etária entre 28 e 89 anos de idade, com predominância nas faixas de 41 a 50 e 51 a 60 anos e média de 56,17 anos. Quanto ao estado civil, 70% (n=21) são solteiros; 20% (n=6) é casado; 6,7% (n=2) viúvo; 3,3% (n=1) divorciado. Em relação a nacionalidade 90% (n= 27) é Cabo- Verdiana; 6,7% (n=2) São-Tomenses e 3,3% (n=1) são de Senegalenses. A religião predominante católica 80% (n=24); 6,7% (n=2) a igreja universal e 13,3% (n=4) outras religiões. Em relação a escolaridade 40% (12) possui a classe fundamental; 26,7% (n= 8) ensino médio; 30% (n=9) são analfabetos e 3,3% (n=1) ensino superior. Dentre as famílias 83,3% (n=25) possuem um familiar com portador de transtorno mental e 16,7% (n=5) possui 2 familiares diagnosticado com algum tipo de transtorno mental. As principais cuidadoras 43,3% (n=13) são as mães, seguido das irmãs 16,7% (n=5), esposa 13,3% (n=4), sobrinha 10% (n=3) e 16,7% (n=5) os demais familiares.

Fatores que facilitam a reinserção familiar e comunitária:

A rede social de apoio primária e secundária foi apontada pelos familiares de pessoas com transtorno mental como estruturas fundamentais para que possam enfrentar e superar os desafios que se apresentam no retorno de seu ente ao domicílio, após a alta hospitalar. Além desses, também facilita a reinserção familiar e comunitária e, a adesão ao tratamento.

A **Rede de Apoio Primária** inclui a família nuclear, a família expandida e pessoas da comunidade, particularmente os vizinhos. O apoio da família nuclear é essencial para a manutenção do doente em casa e o apoio dos demais membros da família possibilita

compartilharem a responsabilidade de cuidar, através do apoio físico, emocional e financeiro. (F6)...*todos na família apoiam, os irmãos que vivem em outra localidade, vem aqui para lhe dar a medicação...* (F7)...*amanhã ela tem consulta, é sempre a outra filha que vem levá-la nas consultas. Desde que ela ficou doente sempre os meus filhos ajudam, não tenho o que me queixar...*

As famílias também referiram que a **convivência saudável com os vizinhos/comunidade** contribui para a reinserção social, pois estes conhecem a pessoa doente e procuram protegê-la de abusos ou outros danos a sua pessoa. Além disso, ajudam a cuidar do familiar doente e apoiam nos momentos de lazer proporcionando momentos de alegria. (F7)... *aqui na vizinhança todas as pessoas gostam da minha prima, falam com ela, quando ela está suja trazem-na para casa, dão-lhe comida, sumo... as pessoas já lhe conhecem e a protegem, mesmo assim ficamos preocupados quando ela sai para a rua.* (F10) *as meninas que trabalham no salão gostam muito dela, lavam o cabelo dela, fazem-lhe as unhas e não cobram nada. Ela se diverte muito no salão.* (F14)... *em relação a vizinhos só tenho que agradecer, graças a Deus, eles perguntam sempre por ela, todos desejosos de vê-la bem.* (F16)...*tenho uma vizinha que de vez em quando me oferece os medicamentos do meu filho.*

A adesão ao tratamento após a alta hospitalar é outro fator que favorece o processo de reinserção familiar e social. Segundo os participantes deste estudo, o uso regular da medicação é determinante para que a pessoa com transtorno mental possa permanecer mais tempo em casa, sem precisar reinternar no hospital psiquiátrico. (F1)...*para além da medicação não existe nada que podemos fazer para que ele fique bem. Pelo tipo de doença que ele tem só a medicação é a solução.* (F14) ...*quando tomam a medicação ficam mais tempo sem internar.*

As famílias referem que quando o familiar deixa de tomar a medicação, os sintomas como agressividade, agitação, delírios e distúrbios no afeto são mais difíceis de controlar e desencadeiam crises mais frequentemente. Este é um dos maiores desafios que enfrentam. Para tentar resolver esse problema costumam diluir o medicamento nos líquidos ou trituram e misturam com a comida. (F5)... *quando ele não toma a medicação, ele fica agitado, sai correndo pela rua...* (F9)... *ela não dorme a noite, fica falando muito e, às vezes é muito agressiva...* (F12)...*eu coloco a medicação diluída no suco ou no café porque ele não aceita tomar a medicação, às vezes, eu misturo com a comida...*

As participantes referem, também, que o familiar muitas vezes é resistente ao comparecimento nas consultas agendadas com o médico, a assistente social e a psicóloga, justificando que se sentem bem e receiam receber encaminhamento para nova internação no serviço de psiquiatria. Nessas situações, não é raro a família solicitar ajuda de policiais para levá-los nas consultas, configurando o que se denomina consulta compulsória. (F5)...*ele se nega a ir nas consultas e não podemos fazer nada para levá-lo. Ele já é um homem, então chamamos a polícia. (F 28).... Vai fazer um ano que ele não vai as consultas e ninguém consegue levá-lo.*

Fatores que dificultam a reinserção familiar e comunitária:

Dentre os fatores que dificultam a reinserção familiar e social foram referidos pelos participantes o “desconhecimento da doença mental”, “a não permanência do utente em casa após a alta hospitalar” e o “fácil acesso às bebidas alcoólicas e outras drogas”.

Quanto ao **desconhecimento da doença mental**, as famílias referiram na sua maioria que não sabem manejar os sintomas da doença, pois esta é algo desconhecido para eles. Referem também que nunca receberam orientação ou informação sobre a doença e seu tratamento. Classificam o comportamento do familiar como um diferente que vem se perpetuando ao longo dos tempos e afirmam sentirem extrema dificuldade de lidar com algumas manifestações comportamentais, dentre elas, as alucinações, delírios, distúrbios do pensamento, comportamento agressivo e com o isolamento. O que sabem aprenderam no próprio convívio com o utente. (F8)...*O único problema é quando ela fica agressiva, não sei como lidar com ela.... (F15; F16).... Gostava de saber concretamente qual é a sua doença, porque antes eu lhe dava medicações e eu via que não lhe fazia bem.... Gostaria de saber principalmente sobre a sua medicação.... Eu gostaria de saber quando ela se encontra agitada como faço para falar com ela, como me comportar com ela.*

Por outro lado, algumas famílias referem **dificuldade para manter o familiar doente em casa**, não pela decisão deles, mas por vontade do próprio familiar doente. Destacam que é somente nos primeiros dias ou semanas após a alta hospitalar que o familiar permanece em casa, porque ele vem medicado. Passado alguns dias, em geral, abandonam o tratamento e, conseqüentemente, voltam às manifestações como insônia, delírios e agressividade. (F9)...*Quando ela veio do hospital ela ficava aqui comigo, porém, com o tempo, ela deixou de tomar a*

medicação, começou a falar muito e a noite praticamente não dorme. (F6)...Quando ele fica em Trindade, ele fica bem e sente saudades de casa, porém, quando ele vem fica dois e três dias bem, depois ele não fica bem.

A agressividade tanto física como verbal praticada por parte do familiar doente é mencionada pela maioria das famílias como um fator que dificulta e muito a convivência no seio da família, gerando sensação de medo, conflito, insegurança e angústia, contribuindo para o abandono do mesmo. (F9)... *Ela me segurou pelos braços com muita força, me bateu na mesa, consegui fugir, entrei dentro do quarto e fechei a porta. Ela estava muito furiosa, fui para outro quarto e fechei todas as portas e ela foi embora. (F20)....Ele fica agressivo, tenta me bater. Por vezes, eu luto com ele, chamo a polícia, ele joga pedras na minha porta.*

Segundo os familiares a pessoa com transtorno mental vive praticamente nas ruas, retorna para sua casa somente à noite para dormir. Segundo (F6) *quando são 3h da manhã ele levanta, bate na porta para sair, depois volta para tomar o café e sai de novo. Ele não fica em casa porque não quer, prefere ficar bebendo, fumando, cheirando.*

Ainda, outro fator que dificulta o processo de reinserção familiar e social é o fácil acesso às bebidas alcoólicas e outras drogas

As famílias referiram que a facilidade de acesso as bebidas alcoólicas e outras drogas nas ruas, seja porque as pessoas oferecem, ou, por vezes, porque pedem. O consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas agravam ainda mais a situação de doença do familiar e contribui para gerar conflito intra e extra familiar, segundo referem as famílias. (F2)... *Quando ele sai, os amigos oferecem maconha para ele fumar e bebidas alcólicas. Ele volta da rua agitado, vivemos um clima de tensão. (F5)As pessoas na comunidade oferecem-lhe bebidas como forma de pagamento pelos trabalhos. (F1)... Ele fica na rua porque consegue drogas e bebidas com facilidade. (F6)... As pessoas não ajudam os nossos enfermos a ficarem bem na comunidade. Eles lhes dão bebidas, padjinha, droga, ele fuma cigarro e cheira “cancam”. (F1)... Ele não para em casa, ele sai à procura de coisas para fumar. Sai andando, pedindo esmolas pelas ruas,. Ele vem para casa somente para comer, mas sempre com pressa. Se demorar ele vai embora...”*

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo demonstram que a rede social de apoio que inclui a família assim como a convivência com os vizinhos contribui para a reinserção familiar e comunitária do utente mental. As redes sociais são definidas como teias de relações estabelecidas pelo indivíduo com pessoas que lhe são emocionalmente significativas tais como: família, amigos, vizinhos, desta forma, permitem que ocorra interações frequentes e apoio significativo. Ao ser inserida na família e na comunidade, existe a possibilidade da pessoa com transtorno mental se organizar socialmente, nesta perspetiva o conhecimento da enfermagem sobre a importância da rede social de apoio poderá auxiliá-lo na organização do projeto terapêutico com vistas a estimular a pessoa com transtorno mental a ampliar e fortalecer sua rede de relações sociais na própria comunidade em que vive.⁷

Por outro lado, a família exerce importante papel na reinserção comunitária do utente mental. Após a reforma psiquiátrica, ela tem desempenhando um papel fundamental nas inúmeras tentativas de acolher e reinserir seu familiar doente no meio familiar e na comunidade em que vivem. Nas últimas décadas, o cuidado que as famílias desempenham em relação ao seu familiar com transtorno mental têm sido reconhecido como uma valiosa colaboração em conjunto com os serviços de saúde, no tratamento e reabilitação dessas pessoas, pois evidenciou-se que os utentes evoluem melhor no tratamento quando têm o apoio da família.⁸ Com o envolvimento da família nos cuidados de saúde ao doente mental assistiu-se a um aumento do número de pessoas com perturbações psicóticas que se mantêm inseridos na família e na comunidade, passam a utilizar os serviços de saúde apenas para consultas de rotinas e nas situações de crise.⁹

Para além do apoio familiar, a adesão ao tratamento é fundamental para a estabilidade do estado de saúde da pessoa com transtorno mental uma vez que a medicação contribui para controlar os sintomas agudos, reduzir sintomas psicóticos, depressivos, maníacos, restaurar o comportamento socialmente aceite e prevenir a ocorrência de novos episódios de crise. A adesão aos medicamentos é necessária para o alcance de melhores resultados no tratamento, porém

existem inúmeros fatores que influenciam a adesão do utente, os quais são adquiridos ao longo da vida, sendo o apoio da família uma dos principais fatores.¹⁰

As famílias demonstraram ter pouca compreensão sobre os sintomas, as mudanças do comportamento e agressividade por parte do familiar doente, assim como o que se refere as potencialidades que este ainda mantém, atribuindo o tratamento quase que exclusivamente ao uso da medicação. A falta de conhecimento e o entendimento sobre a doença mental são elementos que dificultam o decorrer do tratamento, além de aumentar o sentimento de incapacidade e de desamparo por parte da família.¹¹ No entanto, com as diretrizes propostas pela reforma psiquiátrica, os cuidados a pessoa com transtorno mental vão muito além da administração de medicamentos, ou seja, é preciso contar com uma rede de apoio social e comunitária que possibilite sua reinserção na família e na sociedade, bem como ampliar a visão que esta tem acerca do tratamento e, desta forma ajudá-la na difícil tarefa de assumir o cuidado do familiar doente.

O fácil acesso a bebidas alcoólicas e outras drogas tem sido um fator preocupante para as famílias que apontam tal fato como responsável pelo fracasso da reinserção familiar e comunitária. A associação do uso de drogas ao transtorno mental ocasiona consequências graves, não só para a pessoa doente, como também para a convivência no seio familiar, em função dos comportamentos inadequados, como a violência física. Dentre esses, o mais frequente manifestado pela pessoa com transtorno mental é a agressividade, na maioria das vezes, no dia-a-dia têm sido uma das consequências do uso das drogas e desencadeadoras de crises e mudanças comportamentais. Estas são situações de difícil manejo não só para a família, mas para a sociedade em geral. O desgaste, as tensões e os conflitos em torno de uma pessoa mentalmente doente e ainda usuária de álcool e/ou drogas constituem os maiores problemas que as famílias enfrentam.¹²

A não permanência do familiar doente em casa é um outro fator que algumas famílias se deparam, ficam envergonhadas por não conseguirem conter a pessoa doente na residência e por ver o mesmo pelas ruas em condições que são consideradas desumanas. Diante dessa realidade, as famílias se sentem impotentes e acabam por desistir do seu familiar, uma vez que a permanência nas ruas contribui para o consumo de álcool e outras drogas, a não aderência ao tratamento e, com isso, também com o agravamento da doença. Condição essa em que a família

vê como uma responsabilidade que deve ser assumida pelo estado e pelas instituições de saúde mental. Mais uma vez é possível perceber que essas pessoas parecem não reconhecer tal fato como inerente também aos serviços de saúde diretamente atrelados a comunidade que pertencem, como o preconizado pela reforma psiquiátrica.

Perante esse cenário, a Política Nacional de saúde de Cabo Verde apresenta diretrizes em relação a saúde mental que preconiza a integração da pessoa com transtorno mental no conjunto de cuidados essenciais de atenção primária, incluindo atividades de promoção da saúde mental junto às famílias e a comunidade, a fim de realizar a prevenção, incluindo o diagnóstico precoce, o acompanhamento do doente e sua família e a garantia do tratamento.¹³ Mesmo com essas diretrizes, ainda há a existência de uma lacuna teórico-prática no que se refere a um trabalho conjunto com as entidades competentes, profissionais de saúde, família, comunidade e o próprio doente.

O *empowerment* das famílias que convivem com um familiar portador de transtorno mental é essencial, pois estas apresentam dificuldades para manejar com os sinais e sintomas da doença, tampouco ampliar sua visão a respeito do tratamento adequado, em função da ausência do *empowerment* para melhorar sua vida. No entanto, para que possam utilizar este conceito em seu cotidiano precisam ter conhecimento sobre a doença mental, saber como lidar com os comportamentos difíceis ou mesmo incompreensíveis do seu familiar doente e conhecerem os recursos comunitários que podem ajudar seu familiar e a si mesmas a manterem uma relação e convivência saudável por mais tempo, aumentar o período entre uma reinternação e outra, e melhorar a qualidade de vida da família. Sob esta perspectiva, o *empowerment* emerge como a competência para lidarem e ultrapassarem as dificuldades que vivenciam em seu cotidiano. Entretanto, para que isto aconteça é imprescindível que os enfermeiros ajudem as famílias a manejarem com suas dificuldades e estimulem o seu empoderamento, uma vez que este é considerado como uma das principais estratégias para modificarem os aspectos negativos vivenciados por essas pessoas. A utilização desse referencial teórico, inclui também, as informações acerca da doença e seu tratamento, a fim de que possam compreender e lidar melhor com a mesma.⁶

A visita domiciliar apresenta-se como uma estratégia impar através da qual, o profissional tem contato direto com a realidade das famílias e com base nessa proximidade e conhecimento da

sua realidade pode elaborar planos de cuidados mais efetivos com intuito de fazer com que as famílias obtenham ganhos a curto, médio e longo prazo. É uma ferramenta importante, pois permite acompanhar os utentes de forma individual e proporcionar a sua inserção na família, entender a sua dinâmica, verificar as possibilidades de envolvimento no seio familiar, no tratamento e fornecer suporte para a continuidade dos cuidados.¹⁴

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou alguns fatores que têm contribuído para facilitar ou dificultar a reinserção familiar e comunitária dos utentes com transtorno mental do Serviço de Psiquiatria em Cabo Verde. A análise dos dados permitiu compreender o viver das famílias cabo-verdianas com um familiar portador de transtorno mental após a alta hospitalar, quais os desafios que eles têm enfrentado nesse percurso e quais os reflexos disso no cotidiano familiar. Essa compreensão torna-se fundamental para a prática da enfermagem uma vez que contribui para a busca de novas estratégias no cuidado às famílias e à pessoa portadora de transtorno mental, após a alta hospitalar. Assim como, se constitui em uma nova perspectiva para o trabalho da enfermagem, caracterizado pela transição de uma prática eminentemente hospitalar para um tratamento que incorpora novos princípios e conhecimentos, pautada no reconhecimento do outro como ser humano, inserido em um contexto familiar e comunitário.

As famílias precisam de apoio dos profissionais da saúde para que possam ser protagonistas do cuidado, caso contrário, ela continuará vulnerável frente a doença mental. A implementação de intervenções de enfermagem que visam o *empowerment* dessas famílias que convivem com um familiar portador de transtorno mental grave é um fator essencial para a transformação da problemática em estudo. O *empowerment* e a visita domiciliária são duas estratégias que podem ser utilizadas pela enfermagem do Serviço de Psiquiatria do Hospital Agostinho Neto Extensão Trindade visando conhecer as reais necessidades das famílias e capacitá-las para desenvolverem suas potencialidades e superarem as necessidades frente ao cuidado do familiar doente, garantindo melhor qualidade de vida para ambos. O *empowerment* é uma estratégia que visa desenvolver as potencialidades de ação dessas famílias, por intermédio da valorização deles próprios, das suas capacidades para se constituírem como agentes responsáveis pela procura de respostas as suas necessidades no viver com um familiar portador de transtorno

mental grave após a alta hospitalar. Por sua vez, a visita domiciliar possibilita a aproximação da enfermagem com a realidade vivida pelas pessoas com transtorno mental e seus familiares, permitindo pensar em soluções que a comunidade pode oferecer para superarem suas dificuldades e, com isso impedir a cronificação da doença.

REFERÊNCIA

1. Vicente JB et al. Aceitação da pessoa com transtorno mental na perspectiva dos familiares. Rev. Gaúcha Enferm. [online]. 2013;34(2):54. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-1447201300020000
2. Genev L, Lima WL. reinserção social: processo que implica continuidade e Cooperação. Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. X, n. 11, Jul. 2011. Disponível em [file:///C:/Users/Ana%20Moniz/Downloads/5.Ganev%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/Ana%20Moniz/Downloads/5.Ganev%20(6).pdf)
3. Bessa JB, Waidman MAP. Family of people with a mental disorder and needs in psychiatric care. Texto Contexto Enferm. 2013 Jan-Mar [acesso 2015 Dez 21]; 22(1):61-70. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100008
4. Ministério Saúde. Política nacional de saúde de cabo verde. 2007. Disponível em [https://www.governo.cv/documents/POLITINACIONALSAUDE_2020%20\(2\).pdf](https://www.governo.cv/documents/POLITINACIONALSAUDE_2020%20(2).pdf)
5. Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental. 2009-2013. Disponível <http://www.minsaude.gov.cv/index.php/doencas-nao-transmissiveis/182-pnsaude-mental>
6. Martins, TU.; Zerbetto, SR; Dupas, G. Mecanismos de *empowerment* utilizados pela família de uma Criança com fissura labiopalatina para uma trajetória Resiliente. Rer.Cienc Cuid Saude 2013 Jul/Set; 12(3):492-499. Disponível <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19577>
7. Brusamello, T, et al. Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011 Jan-Mar; 20(1): 33-40. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/04.pdf>
8. Carvalho JC. Diagnósticos e intervenções de enfermagem centradas no processo familiar, da pessoa com esquizofrenia. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2012;(8): 52-57. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n8/n8a08.pdf>
9. Souza LPC, Giacchero KG, Vedana, Miasso AI. Adesão ao tratamento medicamentoso por pessoas com transtorno de ansiedade. Revista Cogitare Enferm. Jan/mar; 2016 ;21(1):01-11. Disponível em [file:///C:/Users/Ana%20Moniz/Downloads/43510-171342-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Ana%20Moniz/Downloads/43510-171342-1-PB%20(2).pdf)Santin

G, Klafke TE. A família e o cuidado em saúde mental. Barbarói. 2011;(34):146-160. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/barbaroi/n34/n34a09.pdf>

10. Czarnobay J. Adesão ao uso de psicofármacos pelo portador de transtorno mental: percepções do enfermeiro. [dissertação] Curitiba. 2015. <http://www.saude.ufpr.br/portal/ppgenf/>

11. Bessa JB, Waidman MAP. Family of people with a mental disorder and needs in psychiatric care. Texto Contexto Enferm. 2013 Jan-Mar [acesso 2015 Dez 21]; 22(1):61-70. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100008

12. Melo CZC, Souza CMB, Silva MBC. Contribuição de estudos sobre a assistência de enfermagem ao familiar do doente mental. Rev. Saúde em Foco. Teresina, 2014;1(2): 26-40. [file:///C:/Users/Ana%20Moniz/Downloads/256-1863-1-PB%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Ana%20Moniz/Downloads/256-1863-1-PB%20(4).pdf)

13. MINISTÉRIO SAÚDE CABO VERDE. Política nacional de saúde de cabo verde. 2007. Disponível em [https://www.governo.cv/documents/POLITINACIONALSAUDE_2020%20\(2\).pdf](https://www.governo.cv/documents/POLITINACIONALSAUDE_2020%20(2).pdf)

14. Pereira, SS, et al . Visita domiciliar aos pacientes portadores de transtorno mental: ampliando as opções terapêuticas possíveis em um serviço ambulatorial. Saúde Transform. Soc., Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 91-95, 2014 Disponível em <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/2410/3656>

Necessidades das famílias de pessoas com transtorno mental de Cabo Verde⁵

Resumo

Objetivo: Identificar as necessidades consideradas prioritárias pelas famílias cabo-verdianas que convivem com a doença mental em um de seus membros no processo de reinserção familiar e comunitária de utentes⁶ do serviço de psiquiatria em Cabo Verde/África.

Método: estudo exploratório, descritivo, desenvolvido com 30 familiares de pessoas com transtornos mentais, egressos de um serviço de psiquiatria de Cabo Verde/África. Os dados foram coletados através de entrevistas realizadas em julho/2016 e submetidos à análise temática, balizada pelo conceito de *empowerment*.

Resultado: necessidade de cuidado individualizado ao familiar cuidador; necessidade de inclusão nos serviços de saúde da comunidade; necessidade de identificar e mobilizar as potencialidades da pessoa com transtorno mental.

Conclusão: A inexistência de serviços comunitários específicos para atendimento das pessoas com transtornos mentais não é a única barreira para a sua reinserção comunitária e familiar. A revisão da forma como família e comunidade se relacionam com essas pessoas é complementar nesse processo.

Descritores: Doença mental; Família; Reinserção; Empoderamento

⁵ Artigo derivado da Dissertação de Mestrado em Enfermagem intitulada: Necessidade das famílias de pessoas com transtorno mental em Cabo Verde, desenvolvida no Programa de P'pos-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – PPGEnf/FURG.

⁶ Utente- usuário, cliente

Introdução

O movimento de reforma psiquiátrica, cujas primeiras manifestações remontam ao século XVIII, na França com Pinel, se difundiu em diversos países, ao redor do mundo, representando uma mudança paradigmática em termos de assistência à saúde das pessoas com transtornos mentais.⁽¹⁾ O deslocamento das práticas psiquiátricas clássicas no ambiente hospitalar para as desenvolvidas na comunidade e, mais especificamente, a inclusão da família nos cuidados do doente mental tem sido um grande desafio não só para as pessoas com transtorno mental, mas, também, para as famílias, os profissionais, os gestores e a sociedade em geral, devido as inúmeras dificuldades que comporta.⁽²⁾

Essa atual conjuntura de assistência na área da saúde mental preconiza que após a alta hospitalar a pessoa portadora de transtorno mental retorna para o convívio da família e da comunidade, o que levou as famílias a desempenharem um papel fundamental no cuidar da pessoa com doença mental, transferindo a carga de cuidados dos hospitais para as famílias e outras instituições baseadas na comunidade. Estudo desenvolvido em países onde a participação comunitária no cuidado ao doente mental é priorizado mostra que depois do primeiro diagnóstico, 60% dos pacientes retornam para casa, o que comprova o significativo papel que a família desempenha no processo de reinserção familiar e comunitário dessas pessoas, após a alta de um de seus membros com transtorno mental.⁽³⁾

Assim como na maior parte do mundo, as famílias têm sido o pilar do cuidado das pessoas com transtornos mentais. Cuidam das necessidades do dia-a-dia do seu familiar, o que inclui identificar os sinais da doença, ajudá-lo a acessar os serviços de saúde, assim como supervisionar o tratamento, entre outros.⁽⁴⁾

Para desempenhar o papel que lhes é solicitado no contexto da Reforma Psiquiátrica, as famílias precisam de estruturas de apoio incluindo serviços comunitários com profissionais preparados para manejarem com os distúrbios comportamentais da pessoa doente. No desempenho desse papel de cuidadora, por vezes são alvo do comportamento abusivo ou violento, reduzem suas atividades sociais e de lazer, assumem as responsabilidades financeiras do membro doente, além dos

custos com o tratamento medicamentoso. Enfim, o cuidado contínuo de uma pessoa com transtorno mental pode afetar de forma negativa a saúde física e mental dos demais membros da família e particularmente daquele que assume a maior responsabilidade como cuidador. ⁽⁵⁾

Especificamente para as famílias cabo-verdianas que convivem com a doença mental em um dos seus membros o processo de cuidar da pessoa com transtorno mental é um desafio de proporções significativas. O único serviço disponível em Santiago para atendimento específico é o serviço de Psiquiatria do Hospital Agostinho Neto Extensão Trindade (HAN-Extensão Trindade), distante 8 km da região urbana, o que é agravado devido à precariedade do transporte público nessa região. Nesta situação, para conciliar a vida familiar com o cuidado da pessoa com transtorno mental, geralmente um familiar precisa abdicar do seu trabalho para assumir a responsabilidade como principal cuidador. Contribui, ainda, para agravar essa situação, o fato que após a alta as famílias se deparam com a inexistência de instituições direcionadas para o atendimento das pessoas com transtorno mental, nas comunidades de Cabo Verde.

Neste cenário, o serviço de Psiquiatria do HAN-Extensão Trindade continua sendo o único recurso onde as famílias podem encontrar algum tipo de ajuda para cuidar do seu familiar com transtorno mental. Assim, como ponto de partida, este estudo tem o seguinte objetivo: Identificar as necessidades consideradas como prioritárias pelas famílias dos utentes do Serviço de Psiquiatria do HAN-Extensão Trindade, após a alta hospitalar visando à reinserção comunitária e familiar;

Trata-se de um estudo que utiliza como referencial teórico o conceito de *empowerment* uma vez que este se apresenta como uma estratégia para apoiar as famílias das pessoas com transtorno mental, pois considera a potencialização de competências que possibilitem as famílias enfrentarem com maior propriedade as situações que se apresentam na vivência com o familiar portador de transtorno mental. O *empowerment* é um conceito que preconiza o desenvolvimento de habilidades necessárias para enfrentar e lidar com os eventos da vida, obter domínio sobre as questões do dia a dia, ser mais forte e capaz de administrar as demandas do cotidiano. ⁽⁶⁾. A prática profissional embasada no conceito de *empowerment* constitui-se em uma

estratégia de produção da saúde que capacita as famílias a adquirirem conhecimento sobre si e seu familiar doente, assim como favorecer mudanças de conduta no processo do cuidar.

Metodologia

Estudo qualitativo exploratório e descritivo, desenvolvido com 30 familiares de usuários do Serviço de Psiquiatria do HAN-Extensão Trindade, selecionados de acordo com os seguintes critérios: ter um familiar portador de transtorno mental; idade maior que 18 anos; residir na cidade da Praia, na Ilha de Santiago/Cabo Verde. Para preservar o anonimato dos participantes, foi utilizado um código para os familiares, formado pelas letras “F” (Família), seguido de um número que indica a ordem de realização das entrevistas.

Os dados foram coletados no mês de julho de 2016, através de entrevista semiestruturada realizada no domicílio da família, em horário previamente acordado e após ter obtido o consentimento livre e esclarecido dos participantes. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Foi utilizado um roteiro para orientar a realização da entrevista constituído por cinco partes. A primeira é destinada a obtenção de dados para caracterizar os participantes do estudo. A segunda contém questões voltadas para a identificação do egresso. A terceira está direcionada para os fatores que segundo a percepção da família favorecem e/ou dificultam a reinserção familiar e comunitária do egresso. Na quarta parte foram investigadas as necessidades prioritárias da família e a quinta parte investiga os recursos e/ou as potencialidades que podem ajudar a família a cuidar da pessoa com transtorno mental.

Os dados originados através das entrevistas foram organizados para formar um banco de dados qualitativo. Foi aplicado os passos da análise temática com leituras sucessivas e a formação de três núcleos temáticos que, em conjunto, expressam as necessidades consideradas pelas famílias quando o propósito é a reinserção da pessoa com transtorno mental. Como referência para estabelecer esses agrupamentos foi utilizado os objetivos do estudo e o conceito de *empowerment*.

O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética da instituição a qual está vinculado (parecer nº. 144/2016), do Comitê Nacional de Ética de Pesquisa em Saúde (CNEPS) e da Direção Clínica do Hospital Agostinho Neto (HAN) de Cabo Verde. Todos os preceitos éticos da Resolução do 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, vigente na época da coleta de dados foram seguidos.

Resultados

Caracterização dos participantes

Os 30 participantes deste estudo estão na faixa etária entre 28 e 89 anos de idade, com predominância nas faixas de 41 a 50 e, 51 a 60 anos, (19,9% e 26,6%); com a classe modal em 56 anos e média de 56,17 anos. Quanto ao estado civil, 70% (n=21) são solteiros; 20% (n=6) são casados; 6,7% (n=2) viúvos e 3,3% (n=1) divorciado. Em relação à nacionalidade 90% (n= 27) é Cabo- Verdiana; 6,7% (n=2) são Tomenses e 3,3% (n=1) são Senegalenses. A religião predominante é a católica 80% (n=24); 6,7% (n=2) a igreja universal e 13,3% (n=4) outras religiões. Em relação a escolaridade 40% (12) possui a classe fundamental; 26,7% (n= 8) ensino médio; 30% (n=9) são analfabetos e 3,3% (n=1) ensino superior. Dentre as famílias 83,3% (n=25) possuem um familiar portador de transtorno mental e 16,7% (n=5) possui 2 familiares diagnosticados com algum tipo de doença mental. As principais cuidadoras 43,3% (n=13) são as mães, seguido das irmãs 16,7% (n=5), esposas 13,3% (n=4), sobrinhas 10% (n=3) e 16,7% (n=5) os demais familiares.

Quanto ao trabalho, 20% (n=6) dos participantes do estudo não têm ocupação/trabalho formal; do lar 23,3% (n=7); 13,3% (n=4) são vendedoras ambulantes; 10% (n=3) são pensionistas; 6,7% (n=2) reformados e 26,7% (n=8) ocupação diversas. Quanto à renda familiar 20% (n=6) recebem 30 mil escudos cabo verdianos (equivalente a 960 reais): 13,3% (n=4) entre 15 a 20 mil escudos (equivale a 288/640 reais); 10% (n=3) entre 9 a 10 mil escudos (equivale a 288/320 reais) e 56,7% (n=10) diferentes valores da renda. A origem da renda familiar para 36,7% (n=11) vencimento é mensal; 23,3% (n=7) pensões; 16,7% (n=5) reforma; 10% (n=3) vencimento diário e 13,3% (n=4) tem origens diversas. Quanto ao principal provedor da renda familiar 23,3% (n=7) são as mães, seguido das irmãs com 16,7% (n=5) e 13,3%

(n=4) é o próprio doente; 10% (n=3) pai e 36,7% (n=11) diferentes provedores. Dessa renda evidenciou-se que 26,7% (n=8) dos familiares dependem desse dinheiro para viver, 20,0% (n=6) 2 familiares; 16,7% (n=5) 7 familiares; 13,3% (n= 4) 5 familiares; 23,6% (n=7). Evidenciou-se que o familiar doente contribui 26,7% (n=8) com a pensão recebida 4900 escudos cabo verdianos (156.800 reais), assim como 50% (n=16) não contribui na renda familiar e 23,3 %(n=7) contribui com diferentes quantias.

A análise dos dados obtidos através das entrevistas evidenciou um conjunto de necessidades referidas pelas famílias para desempenharem o papel que lhes é solicitado, após a alta hospitalar de seu familiar. Estas necessidades foram agrupadas levando em consideração o conceito de *empowerment*, particularmente na perspectiva de desenvolver as potencialidades de ação das famílias, por intermédio da valorização deles próprios, das suas capacidades para se constituírem como agentes responsáveis pela procura de soluções para as suas necessidades.

Três núcleos temáticos foram formados: necessidade de um cuidado individualizado ao familiar cuidador; necessidade de inclusão nos serviços de saúde da comunidade; necessidade de identificar e mobilizar as potencialidades da pessoa com transtorno mental.

Necessidade de cuidado individualizado ao familiar cuidador

Este núcleo temático refere-se à relação entre profissional e o familiar cuidador. Relação em que o profissional seja capaz de reconhecer o familiar cuidador como uma pessoa, perceber e reconhecer os seus direitos e suas necessidades perante a situação de cuidador e os desafios/responsabilidades que advêm desse processo do cuidar do familiar com transtorno mental. Nesta perspectiva cabe ao profissional mobilizar os recursos para apoiar e capacitar o familiar cuidador no processo do cuidar, incluindo o conhecimento sobre a doença, seus sinais e sintomas, o tratamento e as situações de crise. *(F16)... Não conseguem explicar bem as coisas, não sabemos para que servem as medicações. É preciso ter melhores profissionais, deixam muito a desejar. Não existe uma interação entre os acompanhantes e profissionais que cuidam do seu familiar doente. Não conseguimos saber o que se passa, eles chegam e entregam a medicação. (F1)...Estamos desanimadas por ter um*

familiar doente, não temos apoio de ninguém. (F30)... Cuidar desses doentes é complicado, por isso pedimos ajuda nas estruturas de saúde, quando temos um filho assim não ficamos bem, é cuidar da pessoa doente e do cuidador que cuida dessa pessoa, acabamos por ser dois doentes e isso é complicado, devia ter um apoio para quem cuida.

Necessidade de inclusão nos serviços de saúde comunitários

Este núcleo temático refere-se a relação entre a familiar e os serviços. A inclusão da família com uma pessoa portadora de transtorno mental nos serviços de saúde na comunidade contribui para maior acessibilidade aos cuidados de saúde, logo, maior acesso as informações e capacitação da mesma para cuidar do familiar com transtorno mental. (F8)...*eu penso que não devia ser somente o Hospital Trindade, em cada localidade devia existir um lugar, onde podemos ser atendidos....” (F9)...Penso que devia ter um lugar aqui na comunidade onde eu pudesse recorrer para pedir ajuda quando precisar...(F16)... devia ter outras infraestruturas para acolher e para tratar os doentes psíquicos, porque deixam muito a desejar em Trindade se olharmos é uma situação praticamente triste, não temos outra alternativa....(F27)... devia existir pelo menos um posto de saúde aqui na comunidade que nos atendesse, ficaria mais perto do que ir a Trindade, precisamos pagar dois transportes e, por vezes, por falta de dinheiro acabamos por não ir.*

Necessidade de identificar e mobilizar as potencialidades da pessoa com transtorno mental.

Este núcleo temático refere-se à relação da família com a pessoa portadora de transtorno mental. Foram agrupadas as informações que fazem referência a identificação das potencialidades da pessoa portadora de transtorno mental e as necessidades de atividades úteis na família e na comunidade. (F10).. *sinto é falta de atividade para ela, eu não tenho lugar onde posso levá-la para participar de alguma atividade, ela fica parada em casa... (F26)...devia existir um centro que apoiasse as pessoas doentes, porque eles necessitam ter uma pessoa forte por perto..... penso que devia ser um centro que lhes ajudassem na recuperação do seu valor e também*

que lhes ajudassem a encontrar um emprego porque sofrem muita discriminação... (F16) ... ela fica dentro de casa sem fazer nada, a não ser ver televisão... acredito que com a terapia ocupacional ela podia sair de casa para ir em um lugar onde ela aprendesse a fazer trabalhos manuais, renda, arte, entre outros. Infelizmente não existe....”

Discussão

Em decorrência do cuidar do familiar com transtorno mental, as famílias apresentam demandas das mais variadas ordens, dentre elas, o desconhecimento da doença, do tratamento, sobrecarga física e psicológica. Neste contexto elas buscam o suporte nos serviços de saúde mental e é fundamental que os profissionais de enfermagem desenvolvam ações de acolhimento aos familiares de forma que possam promover a escuta, esclarecimento acerca da doença, auxílio na gestão da vida cotidiana e estabelecimento de estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico da família e do seu familiar doente. Sendo assim, o empoderamento do familiar cuidador se constitui em uma consequência de apoio adequado às famílias. ⁽⁷⁾

Apesar das necessidades dessas famílias serem comuns, cada um dos elementos é um ser único que possui suas individualidades e peculiaridades no seio da família tendo sua forma de pensar, do sentir, reagir e expressar as suas dificuldades diante da convivência com a doença mental. E, ao conhecer essas famílias, ouvir suas inquietações o enfermeiro torna-se em um profissional capaz de melhor compreender para orientar, esclarecendo as dúvidas sobre a doença, contribuindo, assim, para a melhor convivência e aceitação da doença mental. Nesta perspectiva os familiares adequadamente orientados e capacitados constituem o suporte no processo da reinserção familiar e comunitária da pessoa com transtorno mental. ⁽⁸⁾

Estudos evidenciaram que embora sabendo do importante do papel que as famílias desempenham no cuidar da pessoa com transtorno mental, elas frequentemente se sentem excluídas dos cuidados de saúde e suas necessidades e inquietações, na maioria das vezes, são negligenciadas pelos profissionais de saúde. A Associação Europeia de Associações Das Famílias de Pessoas com Doença Mental em 2015 publicou dados que demonstram que quase metade dos cuidadores familiares

(46%) sentem-se insatisfeitos com as informações em relação à doença de seu familiar, um terço desses cuidadores dizem satisfeitos com o envolvimento profissional (37-38%), enquanto quatro em cada dez familiares referem a insatisfação (43-44%).⁽⁹⁾

Nesta perspectiva, a inclusão da família nos serviços da comunidade é essencial uma vez que as mesmas revelam a necessidade de ter um atendimento nesses serviços, pois quando assistidos neste âmbito, percebe-se melhoria no relacionamento familiar e recuperação da pessoa com transtorno mental, uma vez que o atendimento da família dentro da sua área de abrangência traz benefícios não somente para a mesma, como também para a pessoa doente.⁽¹⁰⁾ Esses serviços são muito importantes, pois se consegue um cuidado mais integrado a pessoa com transtorno mental e a família assim como a garantir o acesso a diversas atividades, ao resgate da cidadania e a reintegração no ambiente cultural e comunitário.⁽¹¹⁾

Após a alta hospitalar as famílias, demonstram o interesse em procurar atividades que possam ajudar o seu familiar a produzir e se sentir útil, através da ocupação com atividade artesanal, culturais e religiosas. O reconhecimento e o incentivo das famílias no desenvolvimento das atividades domésticas: limpeza, arrumação da casa, preparação da alimentação, cuidados com a roupa, compras e pagamento das contas, também são fundamentais para a valorização da pessoa doente.⁽¹²⁾

Os grupos, assim como as oficinas têm-se revelado cada vez mais como uma ferramenta importante na prática terapêutica do cuidar da pessoa com transtorno mental. São espaços de troca de saberes, um local que favorece o aprender, algo que possa proporcionar a formação de laços de amizade, hábitos de responsabilidade, podendo até ser fonte de renda, entre outros; além de ser uma forma de se auto-reconhecer.⁽¹³⁾

Neste cenário, o *empowerment* das famílias torna-se fundamental para que as mesmas sejam capazes de avaliar as suas necessidades, e buscarem supri-las, mobilizando seus próprios recursos ou apoios externos, definindo as ações que, segundo seu ponto de vista são mais apropriadas.⁽⁶⁾ Com base no pressuposto de que o ser humano, no caso deste estudo, a família cuidadora de um familiar com transtorno

mental no domicílio é capaz de encontrar respostas às suas necessidades, desde que lhe sejam outorgados poder e autonomia de decisão sobre sua vida, passam a ter uma participação ativa no processo saúde doença.

Nesta perspectiva, a enfermagem em Cabo Verde tem um papel muito importante na contribuição para a efetivação desta nova prática do cuidar da família e da pessoa com transtorno mental, sendo o enfermeiro o profissional que tem maior contato com a pessoa com transtorno mental e sua família conhecendo as suas reais necessidades e, por isso aquele que pode oferecer maiores contribuições para a elaboração de políticas de saúde mais efetivas.

Conclusão

O estudo evidenciou as necessidades consideradas como prioritárias pelas famílias Cabo-Verdianas, quando o propósito é a reinserção familiar e comunitária dos egressos do HAN-Extensão Trindade. O conhecimento e a compreensão acerca dessas necessidades, por parte dos profissionais, é fundamental para a prática da enfermagem, uma vez que possibilita individualizar o atendimento e adotar estratégias direcionadas a cada família em seu contexto da vida cotidiana. A transição de uma prática eminentemente hospitalar para um trabalho voltado à reinserção comunitária pressupõe a incorporação de novos conhecimentos e o reconhecimento dos egressos de instituições psiquiátricas como sujeitos de direito, com potencial para (re)inserir-se na família e na comunidade. Nesse contexto, a visita domiciliar orientada pelo o conceito de *empowerment* é uma estratégia que pode ser usada pelos enfermeiros para melhor conhecerem as necessidades dessas famílias e ajudá-las a enfrentarem os desafios que fazem parte do processo de reinserção social.

Frente a tal situação é imperativo a revisão da forma como a família e a própria comunidade se relacionam com as pessoas com transtornos mentais. É preciso reconhecer, por exemplo, que as potencialidades destas pessoas não estão anuladas pelo fato de terem um diagnóstico psiquiátrico. Assim, conclui-se que a inexistência de serviços comunitários específicos para atendimento psiquiátrico, fortemente destacado pelos participantes deste estudo, não é a única barreira para a reinserção comunitária e familiar dos egressos de instituições psiquiátricas.

Referências

1. Andrade MC, Rosa AC. O encontro da loucura com o trabalho: concepções e práticas no transcurso da história. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 7 (1), jan - jun, 2014, 27-41. Disponível em <http://www.fafich.ufmg.br/gerais/index.php/gerais/article/viewFile/331/320>
2. Vicente JB et al. Aceitação da pessoa com transtorno mental na perspectiva dos familiares. *Rev. Gaúcha Enferm.* [online]. 2013;34(2):54. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-1447201300020000
3. Ukpong, D. (2012). Burden and psychological distress among Nigerian family caregivers of schizophrenic patients: The role of positive and negative symptoms. *Turkish Journal of Psychiatry*, 23, 40–45.
4. Borba, OL, et al. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(2):442-9. <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a19.pdf>
5. Chadda RK. Caring for the family caregivers of persons with mental illness. *Indian J Psychiatry*. 2014 Jul-Sep; 56(3): 221–227. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4181176/>
6. Martins, TU.; zerbetto, SR; Dupas, G. Mecanismos de empowerment utilizados pela família de uma Criança com fissura labiopalatina para uma trajetória Resiliente. *Rer.Cienc Cuid Saude* 2013 Jul/Set; 12(3):492-499. <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19577>
7. Ana, MMS et al. O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2011 Jan-Mar; 20(1): 50-8. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/06.pdf>
8. Vicente, JB; Marcon SS; Higarash, IH. Convivendo com o transtorno mental na infância: sentimentos e reações da família. *Texto Contexto Enferm*, 2016; 25(1):e0370014. http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/pt_0104-0707-tce-25-01-0370014.pdf

9. Vermeulen B, et al. Experiences of family caregivers for persons with severe mental illness: an international exploration. Leuven: LUCAS KU Leuven/EUFAMI,2015.http://www.caringformentalhealth.org/c4c_reports/c4c_global.pdf
10. BESSA JB, Waidman MAP. Family of people with a mental disorder and needs in psychiatric care. *Texto Contexto Enferm*. 2013 Jan-Mar [acesso 2015 Dez 21]; 22(1):61-70. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100008
11. Carraca, GLR et al. Assistência de enfermagem humanizada em saúde mental: uma revisão da literatura. *Revista Fafibe On-Line*, Bebedouro SP, 8 (1): 86-107, 2015. <http://unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/36/30102015183642.pdf>
12. Montrezor, JB. A Terapia Ocupacional na prática de grupos e oficinas terapêuticas com pacientes de saúde mental. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 21, n. 3, p. 529-536, 2013. <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/913/465>
13. Martins, TU.; zerbetto, SR; Dupas, G. Mecanismos de *empowerment* utilizados pela família de uma Criança com fissura labiopalatina para uma trajetória Resiliente. *Rer.Cienc Cuid Saude* 2013 Jul/Set; 12(3):492-499. <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19577>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou alguns dos fatores que vêm interferindo no processo da reinserção familiar e comunitária dos doentes mentais do Serviço de Psiquiatria em Cabo Verde/África. A análise dos dados também nos permitiu compreender o viver das famílias cabo verdianas com um familiar portador de transtorno mental grave, após a alta hospitalar, quais as necessidades e os desafios que eles têm enfrentado nesse percurso e os reflexos disso no contexto comunitário e no cotidiano familiar. Essa compreensão torna-se fundamental para a prática da enfermagem uma vez que contribui para a busca de novas estratégias no cuidado das famílias e da pessoa portadora de transtorno mental após a alta hospitalar. Assim como uma nova perspectiva para o trabalho da enfermagem, caracterizado pela transição de uma prática eminentemente hospitalar para um tratamento que incorpora novos princípios e conhecimentos, pautada no reconhecimento do outro como ser humano, inserido em um contexto familiar e comunitário.

Para que essa transição seja efetiva é preciso que a enfermagem saia do ambiente hospitalar e vá a comunidade para conhecer e estabelecer um vínculo com essas famílias de modo que elas possam se sentir confiantes para falarem das suas necessidades. O cuidar da família, dando-lhe voz e a oportunidade de ser autônoma provê mudanças na concepção da doença mental e no lidar com a mesma, ampliando as possibilidades de enfrentamento das dificuldades. As famílias precisam de apoio para servir de protagonista no cuidado, caso contrário ela torna-se vulnerável. O *empowerment* e a visita domiciliar são duas estratégias que podem ser usadas pela enfermagem do Serviço de Psiquiatria do Hospital Agostinho Neto Extensão Trindade e demais serviços da comunidade visando conhecer as reais necessidades das famílias e capacitá-las para desenvolverem suas potencialidades e superarem as situações adversas de forma a garantir melhor qualidade de vida tanto para a pessoa portador de transtorno mental grave, como a família. O *empowerment* é uma estratégia que visa desenvolver as competências de ação dessas famílias, por intermédio da valorização deles próprios, das suas capacidades para se constituírem como agentes responsáveis pela procura de respostas as suas necessidades no viver com um familiar portador de transtorno mental grave após a alta hospitalar.

Nesta perspectiva torna-se necessário apostar na formação dos enfermeiros. Uma formação que possa propiciar uma prática transformadora não somente no âmbito teórico, mas

que desperte uma mudança nos formandos, possibilitando ao profissional compreender o portador de transtorno mental como uma pessoa capaz de circular de forma autônoma pelos diversos espaços sociais, em um processo contínuo de laços afetivos. Conseqüentemente é imprescindível ampliar a atuação do formando além da assistência no serviço de psiquiatria, através de atividades diversificadas, com caráter relacional, direcionada à uma abordagem integral da pessoa portadora de transtorno mental, à apreensão de sua rede social e a sua família, uma vez que esses apresentam demandas de diversas ordens.

Os espaços de lazer existentes na comunidade tais como os centros multiusos, associações, grupos culturais, igrejas, podem ser usados para a promoção da saúde mental e reinserção comunitária da pessoa com transtorno mental, uma vez que esses locais promovem a interação com outras pessoas e o desenvolvimento de atividades úteis que estimulam a autoestima e a valorização do doente mental.

Para finalizar, cabe destacar a necessidade de desenvolver outras pesquisas em saúde mental direcionadas as famílias com pessoas portadoras de transtorno mental grave após a alta hospitalar, uma vez que este tema tem importância e influência no direcionamento da prática de enfermagem como um todo, pois a enfermagem exerce um papel importante na assistência a pessoa com transtorno mental e sua família, através da sensibilização da população sobre a importância da (re) inserção na comunidade, inclusive colaborando no desenvolvimento de políticas que farão com que as famílias e as pessoas com transtorno mental grave sintam-se valorizadas, bem como despertar nas entidades responsáveis um comprometimento com a temática.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, A.M. et al. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. *Epidemiol. Serv. Saúde*. v. 23, n 1, p.165-175. 2014. Disponível <http://www.scielosp.org/pdf/ress/v23n1/2237-9622-ress-23-01-00165.pdf>
- ANDRADE, M.C; ROSA, A.C. O encontro da loucura com o trabalho: concepções e práticas no transcurso da história. *Revista Interinstitucional de Psicologia*. v. 7, n. 1. p. 27-41. 2014. Disponível em <http://www.fafich.ufmg.br/gerais/index.php/gerais/article/viewFile/331/320>
- AMARANTE, P. *Novos Sujeitos, novos desafios: o debate em torno da reforma psiquiátrica*. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1995.
- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2ª ed., 1998.
- ALMEIDA, A.C. O empoderamento de lideranças indígenas Kaingang no sul do Brasil. *Ver. Interações, Campo Grande*, v. 16, n. 2, p. 407-419, jul./dez. 2015. Disponível <http://www.scielo.br/pdf/inter/v16n2/1518-7012-inter-16-02-0407.pdf>
- ASSUNÇÃO, C. F. et al. A enfermagem e o relacionamento com os cuidadores dos portadores de esquizofrenia. *R. Enferm. Cent. O. Min.* v. 1, n. 6, p. 2034-205. 2016. Disponível em <file:///C:/Users/Ana%20Moniz/Downloads/709-5259-1-PB.pdf>
- AUGUSTO, C. A. et al . Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Saber (2007-2011). *Rev. Econ. Sociol. Rural, Brasília* , v. 51, n. 4, p. 747-764, Dec. 2013. Disponível http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20032013000400007
- BARROSO, S. M.; SILVA, M. A. Reforma Psiquiátrica Brasileira: O caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. *Revista da SPAGESP*. v. 12, n. 1, p; 66-78. 2011. Disponível em http://observasmjc.uff.br/psm/uploads/26_reforma_psiq%C3%A1trica_brasileira_o_caminho_da_desinst.pdf
- BATISTA, M.D.G. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. *Revista de Ciências Sociais*, n. 40, p. 391-404. 2014. Disponível em <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/politicaetrabalho/article/view/16690/11177>
- BARBOSA, M. M. Sobrecarga do cuidado em famílias de egressos de internação psiquiátrica-análise nos três meses após a alta hospitalar. 2011. [dissertação de mestrado]. Escola de Enfermagem Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.

BAPTISTA, A. P.. A integração do portador de transtorno mental na família. Monografia de Licenciatura- Universidade Jean Piaget, Santiago, Cabo-verde, 2011.

BESSA, J. B.; WAIDMAN, M. A. P. Family of people with a mental disorder and needs in psychiatric care. *Texto Contexto Enferm.* Jan-Mar [acesso 2015 Dez 21]; v. 22, n. 1, p. 61-70. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100008

BORBA, L. et al. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. *Rev. Esc. Enferm. USP.* v. 45, n. 2, p. 442-449. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a19.pdf> on 22 May 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S2237-60892012000400004>.

BORGES, M.; MORAIS, L. Relatório à conferência rio+20- cabo verde no contexto do desenvolvimento sustentável. 2012. Disponível em <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/1035capeverde.pdf>

BRAGANÇA, O. A. **Desinstitucionalização do doente mental.** [dissertação de mestrado]. Bragança. Escola Superior de Educação, 2013. Disponível <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/.../Tese%20Orlando%20Braganca.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, Novembro de 2005. bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf

BRUSAMARELLO, T. et al. **Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares.** *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 33-40, Mar. 2011. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100004&lng=en&nrm=iso>.

CARVALHO, S. **Manual das boas práticas em reinserção (1º Caderno): Enquadramento teórico. Lisboa: Instituto de Drogas e Toxicodpendências, 2007.** Instituto da Droga e da Toxicodpendência. n. 1, p. 4-52, 2007 Disponível em http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/ReinsercaoMais/Documentos%20Partilhados/Manual_Reinsercao.pdf

CARVALHO, S.R. **Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro .n1.p.1088-1095. 2004. Disponível http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Os_multiplos_sentidos_da_categoria_empowerment_no_projeto_da_promocao_da_saude.pdf

CARVALHO, C. G.; AMARAL, R. M. S.; MAGALHÃES, S. R. **Assistência de enfermagem ao portador de transtorno psíquico: visita domiciliar.** e-Scientia, Belo Horizonte.v.4.n1.p.31-38.2011. Editora UniBH. Disponível em <http://revistas.unibh.br/index.php/dcbas/article/view/168>

CARDOSO, L. et al. **Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental.** Rev Esc Enferm USP. v.46, n. 2. p. 513-7. 2012. Disponível em <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/38435/S0080-62342012000200033.pdf?sequence=1>

CAPELA, G.M.O.L. **Desenvolvimento de Competências nos familiares/cuidadores de pessoas com esquizofrenia.** Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. Setúbal 2013. Disponível em <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/6268>

CARVALHO, S. R. **Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. v. 20. n. 4. p. 1088-1095.2004. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000400024&lng=en&nrm=iso

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L.A. **Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo. v. 45.n. 6. p. 1501-1506.2011. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600032&lng=en&nrm=iso

EICKHOFF, M.L. **Satisfação de usuários e familiares relativa a centros de atenção psicocomunitária de municípios do rio grande do sul.** Dissertação de Mestrado, Pós-Graduação em Enfermagem, da Fundação Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande/RS, 2006.

FERNANDES, P.F.; CARVALHO, S.M.; OLIVEIRA, V.V. **O enfermeiro da estratégia saúde da família frente ao paciente portador de transtorno mental.** Graduação em Enfermagem-Faculdade de ciências da saúde de barbacena-fasab. Barbacena 2014. Disponível em <http://www.unipac.br/site/bb/tcc/tcc-9f5eb49eb476d7cc657f26e3634ac15b.pdf>

FONTE, L.M.M; MELO, D.D.G. **Apoio social e sobrecarga familiar: um olhar sobre o cuidado cotidiano ao portador de transtorno mental.** Sociedade em Debate, Pelotas. v. 16, n.1.p.173-194.2010. <http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/viewFile/344/302>

GALERA, A.S. et al. **Pesquisas com famílias de portadores de transtorno mental.** Rev. Bras. Enferm. USP. v. 64, v. 4, p. 774-778, 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a22v64n4.pdf>

GAVEN, E. LIMA, W.L. **Reinserção social: processo que implica continuidade e cooperação.** Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas. v. 10, n. 1, 2011. Disponível em <http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/1380>

GOMES, M. F. P.; MARTINS, M. M.; AMENDOEIRA, J. **As famílias com doentes mentais**. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. n. 5, p. 52-58, 2011.
http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602011000100008

GONÇALVES, J. R. L.; LUIS, M. A. V. **Atendimento ao familiar cuidador em convívio Com o portador de transtorno mental**. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro. v. 18, n. 2, p. 272-7. 2010. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a18.pdf>

HEIDRICH, A. V. **Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. [tese de doutorado] Porto Alegre: PUCRS. 2007. Disponível em http://tede.pucrs.br/tde_arquivos/21/TDE-2008-03-10T075453Z-1049/Publico/398635.pdf

JUNIOR, J.M.P., et al. **A política de saúde mental no contexto do hospital psiquiátrico: Desafios e perspectivas**. Esc Anna Nery. v. 20, n. 1, p. 83-89. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0083.pdf>

KEBBE, L. M. et al. **Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar**. Saúde em Debate. v. 38, n.102, p. 1-12. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0494.pdf>

KUARK, F.S; MANHÃES, F.C.; MEDEIROS, C.H. **Metodologia da Pesquisa: Um guia prático**. Itabuna / Bahia: editora via litterarum. 2010. 88 p.
http://www.famescbji.edu.br/famescbji/biblioteca/livros_adm/Livro%20de%20Metodologia%20da%20Pesquisa%20-%202010.pdf

LEITE, N. S.L.; CUNHA.S.R; TAVARES, M.F.L **Empowerment das famílias de crianças dependentes de tecnologia: desafios conceituais e a educação críticoreflexiva freireana**. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro. v. 19, n. 1, p. 152-6. 2011;. Disponível <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a25.pdf>

MARTINS, T.U; DUPAS, G.; ZERBETTO, S.R. **Mecanismos de empowerment utilizados pela família de uma Criança com fissura labiopalatina para uma trajetória Resiliente**. Rer. Cienc Cuid Saude. v. 12, n. 3, p. 492-499, 2013. Disponível <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19577>

MELO,C.Z.C.; SOUSA,C.M.B.; SILVA, M.B.C. **contribuição de estudos sobre a assistência de enfermagem ao familiar do doente mental**. Rev.Saúde em Foco, Teresina, v. 1, n. 2, p. 26-4. 2014. Disponível em <http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/256/424>

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa comunitária: teoria, método e criatividade**.. Petrópolis. RJ: Vozes, 29 ed. 2010.

- MINISTÉRIO SAÚDE CABO VERDE. **Política nacional de saúde de cabo verde.** 2007. Disponível em [https://www.governo.cv/documents/POLITINACIONALSAUDE_2020%20\(2\).pdf](https://www.governo.cv/documents/POLITINACIONALSAUDE_2020%20(2).pdf)
- MINISTÉRIO DE SAÚDE CABO VERDE. **Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental.** 2009-2013. Disponível <http://www.minsaude.gov.cv/index.php/doencas-nao-transmissiveis/182-pnsaude-mental>
- NETO, F.K. Reforma psiquiátrica e conceito de esclarecimento: reflexões críticas. Mental, Barbacena. v. 1, n. 1, p. 71-82. 2003. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272003000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- NEVES, J.S. **Percepções, crenças e sobrecarga de cuidadores informais de portadores de esquizofrenia: um estudo qualitativo em cabo verde.** [dissertação de mestrado]. Enfermagem- Universidade de Cabo Verde, em parceria com a Universidade Estadual Paulista e com a Faculdade de Medicina de Botucatu, Praia/CV, 2014.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL SAÚDE. **Relatório mundial da saúde Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** 2002. http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf
- PASSOS, F.P; AIRES,S. **Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. V. 23, n. 1, p. 13-31, 2013. Disponível <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n1/02.pdf>
- PEREIRA, S. S. et al. **Visita domiciliar aos pacientes portadores de transtorno mental: ampliando as opções terapêuticas possíveis em um serviço ambulatorial.** Saúde e Transformação Comunitária. v. 5, n. 1, p. 91-95, 2014. Disponível em <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/2410>
- POLIT, D.F, BECK, C.T, HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização.** Porto Alegre: Arnet, 2004. 5ed.
- RAMOS, T.G. **Contribuições da enfermagem na integração do doente mental na família.** [dissertação de mestrado]. Universidade do Mindelo São Vicente. Mindelo, 2014. Disponível www.portaldoconhecimento.gov.cv/.../Ramos.2014.Contribuição%20de%20Enferma...
- RELATÓRIO À CONFERÊNCIA RIO+20Relatório. **Cabo verde no contexto do desenvolvimento sustentável,** 2012. <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/1035capeverde.pdf>
- RODRIGUES,T.M.M.; ROCHA, S.S.; PEDROSA, J.I.S. **Visita domiciliar como objeto de reflexão.** Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, Teresina. v. 4, n. 3, p. 44-47, 2011. Disponível http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v4n3/revisao/rev1_v4n3..pdf

SALLES, M. M.; Barros, S. **Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicocomunitária.** Rev.Saúde em Debate • Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 324-335, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n97/v37n97a14.pdf>

SANTOS, R. L. et al . **Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática.** Rev. psiquiatr. clín., São Paulo , v. 38, n. 4, p. 161-167, 2011. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832011000400009&lng=en&nrm=iso

SILVA, A. A. F. **Panorama quantitativo e qualitativo das teses sobre Creche na área de educação (2007 a 2011).** [dissertação de mestrado]. Educação. 2014. Universidade de Brasília faculdade de educação. Disponível em http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/16644/1/2014_Ang%C3%A9licaAparecidaFerreiraDaSilva.pdf .

SOUSA, S.; MARQUES, A.; ROSARIO, C.; QUEIROS, C. Stigmatizing attitudes in relatives of people with schizophrenia: a study using the Attribution Questionnaire AQ-27. *Trends Psychiatry Psychother.* [online]. 2012, vol.34, n.4, pp.186-197. ISSN 2237-6089. <http://dx.doi.org/10.1590/S2237-60892012000400004>.

SOUZA, L. P. C.; GIACCHERO, K. G.; VEDANA, M. A. I. **Adesão ao tratamento medicamentoso por pessoas com transtorno de ansiedade.** Revista Cogitare Enferm. Jan/mar; v. 21, n. 1, p. 01-11. 2016. Disponível em [file:///C:/Users/Ana%20Moniz/Downloads/43510-171342-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Ana%20Moniz/Downloads/43510-171342-1-PB%20(2).pdf)

SCHEIN, S.; BOECKEL, M. G. **Análise da sobrecarga familiar no cuidado de um membro com transtorno mental.** Saúde. & Transformação Soc. v.3, n.2, p.32-42, 2012. Disponível em <http://www.redalyc.org/pdf/2653/265323670007.pdf>

SILVA, M.M. **Empowerment: possível estratégia da prática profissional em direcção à cidadania activa.** Intervenção Comunitária, n. 27, p. 31-42. 2003. <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/1073>

SILVA, A. A. F. **Panorama quantitativo e qualitativo das teses sobre Creche na área de educação (2007 a 2011).** [dissertação de mestrado] Educação. Universidade de Brasília faculdade de educação, 2014 . Disponível em http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/16644/1/2014_Ang%C3%A9licaAparecidaFerreiraDaSilva.pdf .

SOSSAI, L. C. F.; PINTO, I. C. **a visita domiciliária do enfermeiro: Fragilidades x potencialidades.** Rev. Cienc Cuid Saude, v. 9, n. 3, p. 569-576, 2010. Disponível em [file:///C:/Users/Ana%20Moniz/Downloads/6856-47677-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Ana%20Moniz/Downloads/6856-47677-1-PB%20(2).pdf)

TAVARES, M. M. T. et al. **Atenção de enfermagem à família do portador de transtorno Mental: contribuições para educação permanente.** Rev. Cienc Cuid Saude, v. 11, n. 4, p. 767-774. 2012. Disponível em <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/21659/pdf>



THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. (2010). **Saúde mental da população e cuidado comunitário**. Em G. Thornicroft, & M. Tansella. Boas práticas em Saúde Mental Comunitária (pp. 6-19). Barueri: Manole.

VICENTE, J. B. et al. **Aceitação da pessoa com transtorno mental na perspectiva dos familiares**. Rev. Gaúcha Enferm. [online]. v. 34, n. 2, p. 54-61, 2013. ISSN 1983-1447. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000200007>

XAVIER, S. et al. **O Estigma da Doença Mental: Que Caminho Percorremos?** Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, v. 11, n. 2, p. 10-21, 2013. Disponível em http://www.psilogos.com/Revista/Vol11N2/Indice15_ficheiros/Estigma%20doenca%20mental.pdf

WAIDMAIN et al. **Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica**. Rev. Acta Paul Enferm. v. 25, n. 3, p. 346-51, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a05.pdf>

Apêndice A
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

 Universidade Federal do Rio Grande. C.P. 140, Av. Itália Km 8 S/N, Rio Grande – Rio Grande do Sul/Brasil Telefone : (53) 32336500	 Grupo de Estudos e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde. C.P. 140, Rua Osório S/N – Rio Grande – Rio Grande do Sul/Brasil Telefone: (53) 32374608
---	--

**OS DESAFIOS DA REINserÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA DOS UTENTES
DO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA EXTENSÃO TRINDADE DO HOSPITAL
AGOSTINHO NETO EM CABO VERDE**

Pesquisadora responsável: **Dr^a Mara Regina Santos da Silva** – Enfermeira, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Coordenadora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES).

Pesquisadora-mestranda: **Ana Suzete Baessa Moniz**- Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa de Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES).

Objetivo Geral: Aprofundar a compreensão sobre os desafios enfrentados pelas famílias de utentes do serviço de Psiquiatria Extensão Trindade do hospital Agostinho Neto, após a alta hospitalar no processo da reinserção familiar e comunitária.

Objetivos Específicos: 1) Caracterizar os utentes com histórico de reinternações no período 2010-2015, no serviço de Psiquiatria do Hospital Agostinho Neto Extensão Trindade, quanto aos aspectos sócio demográficos, principais transtornos que motivam a internação e número de internações; 2) Identificar os fatores que favorecem e/ou dificultam a reinserção familiar e comunitária dos utentes do Serviço de Psiquiatria do Hospital Agostinho Neto Extensão Trindade; 3) Identificar as necessidades consideradas como prioritárias pelas famílias dos utentes do Serviço de Psiquiatria do Hospital Agostinho Neto Extensão Trindade, após a alta hospitalar visando a reinserção comunitária e familiar; **Procedimentos:** para participar nesta pesquisa você

está sendo convidado a responder algumas perguntas que buscam informações para os objetivos específicos. A realização desta entrevista será em local privativo, escolhido de acordo com seu bem-estar e sem prejuízo de suas atividades de trabalho, estudo ou familiares. A entrevista será gravada e após transcrita.

Direitos assegurados: as informações fornecidas por você serão tratadas confidencialmente pela equipe de pesquisadores. Os dados serão tratados pelo conjunto do grupo de participantes e não de maneira individual. Todas as informações serão anônimas e as partes relativas à sua participação serão destruídas caso você venha a suspender seu consentimento. Uma identificação codificada substituirá seu nome e de sua família para garantir o anonimato e a confidencialidade das informações.

Benefícios: Esta pesquisa poderá acarretar benefício direto as participantes, por terem a possibilidade de serem participantes ativos em todo o processo, tanto de coleta quanto da análise dos dados. Possibilitará, ainda, ampliar estratégias de cuidado de enfermagem singular e multidimensional às famílias cuidadoras de um familiar com transtorno mental no domicílio. Além disso, espera-se que o conhecimento produzido nesse estudo subsidie a enfermagem a prestar um cuidado de melhor qualidade as famílias e aos utentes em processo de reinserção familiar e comunitária.

Riscos: sua participação nesta pesquisa poderá acarretar-lhe um risco mínimo. Um certo desconforto pode ser causado por algumas questões incluídas no roteiro de entrevista. Por favor, examine-as antes de iniciar a entrevista e, se for da sua vontade, não as responda. Caso seja necessário será disponibilizado apoio em serviço de psicologia do Serviço de Psiquiatria do Hospital Agostinho Neto.

Participação voluntária: a sua participação nesta pesquisa é voluntária e você é livre para aceitá-la ou recusar-se. Por favor, certifique-se que todas suas dúvidas ou questionamentos relativos a esta pesquisa foram respondidos e que lhe foi garantido o tempo necessário para tomar sua decisão.

Pessoa para contato: Para informações relativas a esta pesquisa você pode entrar em contato com a Professora Dr^a Mara Regina Santos da Silva e a mestranda Ana Suzete Baessa Moniz, pelos seguintes meios:



Email: anam.enf@hotmail.com; marare@brturbo.com.br

Skype: marare2;

<p>Eu, _____, aceito</p> <p>livremente participar como sujeito da pesquisa “ OS DESAFIOS DA REINSERÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA DOS UTENTES DO SERVIÇO DE PSIQUIÁTRICO EXTENSÃO TRINDADE DO HOSPITAL AGOSTINHO NETO EM CABO VERDE”. Confirmando que a justificativa, os objetivos e os procedimentos relativos à minha participação foram explicados verbalmente e eu os compreendi. Confirmando, também, que foram respondidas todas as minhas dúvidas e me foi dado o tempo necessário para tomar a decisão de participar, ou não deste estudo. Sendo assim, atesto que li todas as informações explicitadas acima e escolhi voluntariamente participar deste estudo.</p> <p>Uma cópia deste formulário de consentimento ficará sob minha guarda.</p> <p>Local e data _____</p> <p>Nome do participante _____ Assinatura do participante _____</p> <p>Contato do participante: telef. _____ /móvel _____</p> <p>Email: _____</p>
--

Apêndice B

CODIFICAÇÃO: _____

 <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE C.P. 140, Av. Itália Km 8 S/N – Rio Grande – Rio Grande do Sul/Brasil Telefone : (53) 32336500</p>	 <p>GRUPO DE ESTUDO E PESQUISA EM FAMÍLIA, ENFERMAGEM E SAÚDE C.P. 140, Rua Osório S/N – Rio Grande – Rio Grande do Sul/Brasil Telefone : (53) 32330304</p>
---	---

QUESTIONÁRIO - PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

1. Morada: _____

2. Freguesia: _____

3. Idade: _____

4. Escolaridade: _____

5. Profissão: _____

6. Estado civil: [] Solteiro [] Casado [] Outro: _____

7. Número de filhos: [___]

8. Diagnóstico: _____



9. Tempo do diagnóstico: [___] meses OU [___] anos

10. Número de internações: _____

11. Outras informações relevantes: _____

Apêndice C

CODIFICAÇÃO: _____

 <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE C.P. 140, Av. Itália Km 8 S/N – Rio Grande – Rio Grande do Sul/Brasil Telefone : (53) 32336500</p>	 <p>GRUPO DE ESTUDO E PESQUISA EM FAMÍLIA, ENFERMAGEM E SAÚDE C.P. 140, Rua Osório S/N – Rio Grande – Rio Grande do Sul/Brasil Telefone : (53) 32330304</p>
---	--

ROTEIRO DE ENTREVISTA

OS DESAFIOS DA REINserÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA DOS UTENTES DO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL AGOSTINHO NETO EXTENSÃO TRINDADE EM CABO VERDE

PARTE I- IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

Morada: _____

Número de pessoas que constituem a família: (___)

Identificação das pessoas que constituem a família:

	Parentesco ou vínculo com o utente	Idade	Estado civil	Nacionalidade	Religião	Trabalho ou Ocupação	Escolaridade
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

Nº de pessoas doentes na família (___)

Número de pessoas residentes na mesma casa: (____)

Renda familiar: (____,____)

Qual a(s) origem(s) da renda familiar:_____

Número de pessoas que dependem desta renda:(____)

Quem é o principal gerador da renda familiar?_____

Qual a contribuição do utente para a renda familiar?_____

Tipo de Habitação:

- a) Casa própria;
- b) Casa alugada;

Condições Habitacional

- a) água canalizada: sim () Não () se Não como obtém água_____
- b) eletrecidade: sim () Não () outro_____
- c) nº de quartos na casa: (____)
- d) fogão a gás: Sim () Não ()
- e) televisão: Sim ()Não ()
- f) casa de banho: Sim () Não ()

Meio de transporte utilizado na família

- a) veículo próprio : Sim () Não ()
- b) transporte publico : Sim () Não ()
- c) desloca-se á pé: : Sim () Não ()
- d) outro:_____

PARTE II- IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Idade: (____)

Sexo: F () M ()

Estado civil:

Nº de filhos: (____)

Nacionalidade:_____

Religião:_____

Escolaridade:_____

Trabalha: Sim () Não ()

Responsabilidade que assume na família:_____

Pensão: Sim () Não ()

Diagnostico:_____

PARTE III - FATORES QUE FAVORECEM E/OU DIFICULTAM A REINSERÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA DO UTENTE

Após a alta hospitalar da pessoa com transtorno mental, as famílias se deparam com algumas situações ou fatores que facilitam a convivência no seio familiar. Se deparam, também, com outros fatores que dificultam essa convivência e a permanência do familiar no domicílio. Com base nessa afirmativa, por favor, responda as perguntas a seguir:

- a) Quais as situações ou fatores que você considera como facilitadores para a convivência no seio familiar e a permanência do seu familiar doente no domicílio?
- b) Quais as situações ou fatores que mais dificultam a permanência do seu familiar em casa depois da alta hospitalar?
- c) Em relação a convivência comunitária do seu familiar com transtorno mental, quais fatores contribuem para a integração dele na família e na comunidade?
- d) E quais os fatores que dificultam a reinserção comunitária do seu familiar na comunidade?

PARTE IV- NECESSIDADES DAS FAMÍLIAS DOS UTENTES APOS A ALTA HOSPITALAR

Ter um familiar doente no domicílio, após a alta hospitalar, é uma experiência que coloca a família diante de necessidades que precisam ser atendidas para que possam cuidar bem dessa pessoa. Com base nessa afirmativa, por favor, responda as perguntas a seguir:

- a) Quais são as necessidades sentidas pela família que convive e cuida de uma pessoa com transtorno mental, após receber alta hospitalar?
- b) Dentre essas, quais são as necessidades prioritárias para que possam cuidar bem do seu familiar doente, após receber a alta hospitalar?

PARTE V- RECURSOS E/OU POTENCIALIDADES QUE PODEM AJUDAR A FAMÍLIA A CUIDAR DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL

Apesar de vocês enfrentarem dificuldades para cuidar e manter a pessoa doente vivendo no domicílio e na comunidade, após a alta hospitalar, o que vocês identificam como recursos (pessoais, familiares e da comunidade) que podem ajudá-los nessa tarefa. Com base nessa afirmativa, por favor, responda as perguntas a seguir:

- a) No seu ponto de vista, quais são as potencialidades que as pessoas individualmente e sua família como um todo apresentam que podem favorecer a permanência do seu familiar em casa?
- b) Na sua comunidade, quais são os recursos/serviços que a família utiliza ou recorre quando precisa de ajuda para cuidar do seu familiar doente?
- c) Que recursos/serviços poderiam ser criados na comunidade para ajudar na reinserção familiar e comunitária do seu familiar doente?

ENCERRAMENTO

A entrevista está terminando. Existe mais alguma informação que você gostaria de compartilhar?

Agradeço pelas informações que você(s) compartilharam comigo.

Obrigada.